

EXPERTISE

zu kurzfristig wirksamen Finanzierungsansätzen für die GKV

Eine Expertise der WIG2 GmbH

Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

In Auftrag gegeben von:

BKV – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.

Eingereicht am:

11.05.2023

Autor:innen:

Ron Müller

Lotte Wedekind

Alexander Elsner

Dr. Thomas Höpfner

Benjamin Berndt

Impressum

Leipzig, Mai 2023

Auflage 1

Herausgeber:

WIG2 GmbH

Wissenschaftliches Institut für

Gesundheitsökonomie und

Gesundheitssystemforschung

Vertreten durch:

Dr. Ines Weinhold, Geschäftsführerin

Dr. Thomas Höpfner, Geschäftsführer

Markt 8, 04109 Leipzig

Kontakt:

Telefon: +49 341 392940-0

E-Mail: ron.mueller@wig2.de

Autor:innen:

Ron Müller

Lotte Wedekind

Alexander Elsner

Dr. Thomas Höpfner

Benjamin Berndt

In Auftrag gegeben von:

BKV - Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.

Albrechtstraße 22, 10117 Berlin

© 2023 – WIG2 GmbH

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
Zusammenfassung	8
1 Einführung	11
2 Methodisches Vorgehen	12
3 Diskussion der Ansätze	14
3.1 Ansatz 1: Sicherstellung der Sozialgarantie durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss zur Vollfinanzierung aller versicherungsfremden Leistungen durch den Bund.....	14
3.1.1 Einordnung.....	14
3.1.2 Wirkung	20
3.1.3 Folge	21
3.1.4 Umsetzbarkeit.....	22
3.2 Ansatz 2: Vollfinanzierung der ALG-II-Empfänger:innen durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss	23
3.2.1 Einordnung.....	23
3.2.2 Wirkung	24
3.2.3 Folge	25
3.2.4 Umsetzbarkeit.....	26
3.3 Ansatz 3: Senkung der Mehrwertsteuer für Arznei- und Hilfsmittel	26
3.3.1 Einordnung.....	26
3.3.2 Wirkung	27
3.3.3 Folge	28
3.3.4 Umsetzbarkeit.....	29
3.4 Ansatz 4: Einführung einer Gesundheitsabgabe auf Alkohol und Tabak.....	30
3.4.1 Einordnung.....	30
3.4.2 Wirkung	31
3.4.3 Folge	36
3.4.4 Umsetzbarkeit.....	39
3.5 Ansatz 5: Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	40
3.5.1 Einordnung.....	40
3.5.2 Wirkung	41
3.5.3 Folge	47
3.5.4 Umsetzbarkeit.....	48
3.6 Ansatz 6: Anhebung der Beiträge/Zusatzbeiträge in der GKV	49
3.6.1 Einordnung.....	49

3.6.2	Wirkung	49
3.6.3	Folge	53
3.6.4	Umsetzbarkeit.....	53
3.7	Ansatz 7: Eigenverantwortung stärken/Eigenbeteiligung anheben – Wiedereinführung der Praxisgebühr	54
3.7.1	Einordnung.....	54
3.7.2	Wirkung	54
3.7.3	Folge	57
3.7.4	Umsetzbarkeit.....	60
3.8	Ansatz 8: Absenkung der Krankengeldhöhe	61
3.8.1	Einordnung.....	61
3.8.2	Wirkung	62
3.8.3	Folge	65
3.8.4	Umsetzbarkeit.....	66
3.9	Ansatz 9: Konkretisierung einer Begrenzung des jährlichen Ausgabenzuwachses durch die konsequente Berücksichtigung der Beitragsstabilität in den Versorgungsverträgen für die Jahre 2024/2025	66
3.9.1	Einordnung.....	66
3.9.2	Wirkung	67
3.9.3	Folge	71
3.9.4	Umsetzbarkeit.....	73
	Literaturverzeichnis.....	74

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Zusammensetzung des Steuertarifs für Wasserpfeifen	35
Abbildung 2:	Schematische Darstellung der GKV-Mitglieder nach Einkommen im Hinblick auf BBG und JAEG	42
Abbildung 3:	Schematische Darstellung der GKV-Mitglieder nach Einkommen im Hinblick auf BBG und JAEG sowie der finanziellen Wirkung.....	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Finanzdefizit der Jahre 2023, 2024, 2025	11
Tabelle 2:	Zusätzlich zu deckender Finanzbedarf in den Jahren 2024, 2025	12
Tabelle 3:	Umfang versicherungsfremder Leistungen abzüglich der GKV-Beitragszahlungen für bzw. von ALG-II-Empfänger:innen (Auszug)	14
Tabelle 4:	Sozialversicherungsbeiträge im Jahr 2022	16
Tabelle 5:	Sozialversicherungsbeiträge im Jahr 2023	16
Tabelle 6:	Einnahmen und Ausgaben der ALG-II-Bezieher:innen	24
Tabelle 7:	Verbrauchsteueraufkommen Alkohol 2021	31
Tabelle 8:	Darstellung der Daten zu Beispielspirituosen.....	32
Tabelle 9:	Darstellung einer prozentualen Anhebung des derzeit geltenden Steuersatzes von Spirituosen	33
Tabelle 10:	Preis- und Konsumänderung bei Spirituosen aufgrund einer Steueranhebung	34
Tabelle 11:	Varianten und deren BBG in der RV	41
Tabelle 12:	Einkommensverteilung auf Versicherte im Hinblick auf BBG und JAEG.....	43
Tabelle 13:	Anzahl Versicherte über der JAEG und deren potenziell generierte Mehreinnahmen	45
Tabelle 14:	Finanzierungsdefizit in Mrd. Euro (Ausgaben abzüglich Einnahmen ohne Zusatzbeitrag)	51
Tabelle 15:	Zusätzlicher Finanzbedarf	52
Tabelle 16:	Prognostizierte kostendeckende Zusatzbeiträge in Prozent.....	52
Tabelle 17:	Einnahmen der Praxisgebühr in den Jahren 2005 bis 2011 in Mio. Euro	55
Tabelle 18:	Ärztliche Behandlungsfälle in Millionen in den Jahren 2019-2021	55
Tabelle 19:	Zahnärztliche Behandlungsfälle in Millionen in den Jahren 2019 und 2020	56
Tabelle 20:	Schätzung des Finanzvolumens einer Praxisgebühr in Mio. Euro	56
Tabelle 21:	Derzeitiges KG bei einem Bruttolohn von 5.000 Euro	62
Tabelle 22:	Alternative KG-Berechnung für einen Bruttolohn von 5.000 Euro	62
Tabelle 23:	Derzeitiges KG bei einem Bruttolohn von 3.000 Euro	63
Tabelle 24:	Alternative KG-Berechnung für einen Bruttolohn von 3.000 Euro	63
Tabelle 25:	Derzeitiges KG bei einem Bruttolohn von 1.800 Euro	63
Tabelle 26:	Alternative KG-Berechnung für einen Bruttolohn von 1.500 Euro	64
Tabelle 27:	Derzeitiges KG bei einem Bruttolohn von 3.000 Euro mit höheren Abgaben	64

Tabelle 28:	Alternative KG-Berechnung für einen Bruttolohn von 3.000 Euro mit höheren Abgaben.....	64
Tabelle 29:	Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 2020 und 2022 auf Basis der KV45 des 1. bis 4. Quartals	67
Tabelle 30:	Wachstum der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 2020 und 2022 auf Basis der KV45 des 1. bis 4. Quartals	69
Tabelle 31:	Überschüssiges Wachstum der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 2020 und 2022 auf Basis der KV45 des 1. bis 4. Quartals in Euro	70

Abkürzungsverzeichnis

ALG-II	Arbeitslosengeld-II
AlkStG	Alkoholsteuergesetz
ALV	Arbeitslosenversicherung
AOK	allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BeitrEntlG	Beitragsentlastungsgesetz
BKK	Betriebskrankenkasse
BKV	Interessensgemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpE	beitragspflichtige Einnahmen
BSI	Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V.
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
EK	Ersatzkassen
G-BA	Gemeinsame Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinStG	GKV-Finanzstabilisierungsgesetz
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
HBegIG	Haushaltsbegleitgesetz
hl A	Hektoliter reiner Alkohol
IKK	Innungskrankenkasse
JAEG	Jahresarbeitsentgeltgrenze
KBS	Knappschaft-Bahn-See
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

KG	Krankengeld
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LKK	landwirtschaftliche Krankenkasse
OTC	over the counter
PKV	private Krankenversicherung
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz
RV	Rentenversicherung
Rx	verschreibungspflichtige Arzneimittel
SozVersStabG	Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz
SPV	soziale Pflegeversicherung
SV-ReGrV	Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung
TabStG	Tabaksteuergesetz
TabStMoG	Tabaksteuermodernisierungsgesetz
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UStG	Umsatzsteuergesetz

Zusammenfassung

Zwischen dem Einnahmen- und dem Ausgabenwachstum in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist jährlich eine Differenz ersichtlich. Für das Jahr 2022 rechnete der Schätzerkreis des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) mit einem Einnahmenwachstum von 4,0 %. Demgegenüber stand ein Ausgabenwachstum von 5,4 %. Für das Jahr 2023 bezifferte der Schätzerkreis den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) auf 4,4 % und das Ausgabenwachstum auf 4,6 %¹ (GKV-Schätzerkreis, 2022c). Die im Rahmen dieser Expertise durchgeführten Berechnungen (Abschnitt 3.6) zeigen ebenso eine fortbestehende Differenz zwischen dem Einnahmen- und Ausgabenwachstum auf. Ersteres beträgt rd. 4,5 % und Letzteres beläuft sich auf 5,0 % für die Jahre 2024 und 2025².

Die Differenz zwischen den beiden Größen wird u. a. durch die demografische Alterung der Versicherungsgemeinschaft, den medizinisch-technischen Fortschritt sowie die aus dem Fachkräftemangel resultierenden steigenden Lohnkosten begründet (Bundesregierung, 2022c). Daraus entsteht ein zusätzlicher Finanzbedarf in Höhe von 14,1 Mrd. Euro im Jahr 2024 und i. H. v. 18,0 Mrd. Euro im Jahr 2025 (Abschnitt 3.6.2). Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V fordert eine einnahmensorientierte Ausgabenpolitik, sodass Beitragssatzerhöhungen grundsätzlich ausgeschlossen sind. Davon abgewichen werden darf ausschließlich, wenn ansonsten eine notwendige medizinische Versorgung der Versicherungsgemeinschaft nicht sichergestellt werden kann (AOK-Bundesverband, o. J.a).

Der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz unterliegt diesem Grundsatz nicht. Nach § 242 Abs. 1 SGB V dient der Zusatzbeitrag explizit der Deckung des Finanzbedarfs einer Krankenkasse, sollten die Zuweisungen des Gesundheitsfonds zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen. Der durchschnittliche einkommensabhängige Zusatzbeitragssatz liegt im Jahr 2023 bei 1,6 % (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a). Für die vollständige Kompensation des zusätzlichen Finanzbedarfs der GKV müsste dieser im Jahr 2023 2,1 %, im Jahr 2024 2,3 % und im Jahr 2025 2,4 % betragen (siehe auch Abschnitt 3.6.2). Da dies eine deutliche finanzielle Mehrbelastung der Versicherungsgemeinschaft induzieren würde, veranlasste der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren unterschiedliche finanzielle Maßnahmen (Bundesregierung, 2022c), die das Finanzdefizit stattdessen anteilig decken sollten. Da die bisher intendierten Zahlungen des Gesetzgebers nicht ausreichten und folglich ein zusätzlicher Finanzbedarf in der GKV weiterhin besteht, werden im Rahmen dieser Expertise neun Ansätze diskutiert, die die anteilige bis vollständige Kompensation des prognostizierten, benötigten Finanzbedarfs bewirken könnten. Dazu zählen:

- die Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss i. H. v. **27,5 Mrd. Euro** (enge Auslegung) bzw. **42,0 Mrd. Euro** (weite Auslegung) für die Einhaltung der Sozialgarantie (Abschnitt 3.1),
- die Vollfinanzierung der Ausgaben für Arbeitslosengeld-II-(ALG-II-)Empfänger:innen i. H. v. **6,1 Mrd. Euro** (Abschnitt 3.2),
- die Absenkung der Mehrwertsteuer bei Arznei- und Hilfsmitteln von 19 % auf 7 %, woraus sich Minderausgaben für die Krankenkassen **zwischen 5,3 Mrd. und 6,6 Mrd. Euro** ergeben würden (Abschnitt 3.3),

¹ Die Reduktion der Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr 2022 wurde durch die ausgabenseitigen Wirkungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) sowie der geltenden COVID-19-Gesetzgebung erzielt.

² Die Stagnation dieser Werte für die Jahre 2024 und 2025 ergibt sich aus der Berechnung dieser Veränderungsrate anhand der durchschnittlichen Veränderungsrate der Einnahmen und Ausgaben in den Jahren 2019 bis 2022 (vgl. Abschnitt 3.6.2).

- die Erhöhung des Steuersatzes auf Alkohol- und Tabakwaren, die im Jahr 2024 Mehreinnahmen i. H. v. mind. **3,0 Mrd. Euro** und im Jahr 2025 von mind. **3,6 Mrd. Euro** für den Staat erzielen würde (Abschnitt 3.4),
- die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) der GKV auf das Niveau der Rentenversicherung (RV), die bei einer angenommenen Abwanderung von:
 - 10,0 % der freiwillig Versicherten in die private Krankenversicherung (PKV) zu Mehreinnahmen der Krankenkassen i. H. v. **5,3 Mrd. Euro** und
 - 20,0 % der freiwillig Versicherten in die PKV zu Mehreinnahmen der Krankenkassen i. H. v. **1,7 Mrd. Euro** führen würde (Abschnitt 3.5),
- die Einführung kostendeckender Zusatzbeitragsätze (Abschnitt 3.6),
- die Wiedereinführung der Praxisgebühr, wonach Mehreinnahmen i. H. v. rd. **2,0 Mrd. Euro** für die Krankenkassen zu erwarten wären (Abschnitt 3.7),
- die Absenkung des Krankengelds von 70,0 % des Bruttolohns bzw. 90,0 % des Nettolohns auf 50,0 % des Bruttolohns bzw. 70,0 % des Nettolohns, die Minderausgaben i. H. v. **4,2 Mrd. Euro** bewirken würde (Abschnitt 3.8),
- die Konkretisierung einer Begrenzung des Ausgabenzuwachses durch die konsequente Berücksichtigung der Beitragsstabilität in den Versorgungsverträgen³ für die Jahre 2024/2025 würde eine Reduzierung der Leistungsausgaben i. H. v. **8,2 Mrd. Euro** (veranschaulicht auf Grundlage der Daten des Jahres 2021) bzw. **5,0 Mrd. Euro** (auf Grundlage des Jahres 2022) nach sich ziehen (Abschnitt 3.9).

Finanziell am wirksamsten sind demnach die Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund (Abschnitt 3.1), die vollständige Kostenübernahme der Ausgaben für ALG-II-Empfänger:innen ebenso durch den Bundeszuschuss (Abschnitt 3.2), die Absenkung der Mehrwertsteuer bei Arznei- und Hilfsmitteln (Abschnitt 3.3) sowie die Anhebung der BBG der GKV auf das Niveau der RV (Abschnitt 3.5). Das finanzielle Ausmaß der Ansätze einer Steueranhebung auf Alkohol- und Tabakwaren (Abschnitt 3.4), einer Wiedereinführung der Praxisgebühr (Abschnitt 3.7) sowie die Absenkung des Krankengeldes (Abschnitt 3.8) sind für die Kompensation des Finanzbedarfs der GKV in den Jahren 2024 und 2025 weniger wirksam. Der Ansatz einer Ausgabensenkung (Abschnitt 3.9) ist umstritten.

Die Ansätze sollen grundsätzlich zu einer Entlastung der Mitglieder und Arbeitgeber:innen führen, die allerdings nicht durch jeden Ansatz sichergestellt werden könnte. Die Anhebung der BBG auf das Niveau der RV bspw. führt je nach Einkommen zu einer finanziellen Mehrbelastung der Mitglieder sowie der Arbeitgeber:innen (Abschnitt 3.5). Ebenso würde die Einführung kostendeckender Zusatzbeitragsätze mit einer erheblichen Steigerung der Sozialversicherungsbeiträge einhergehen (Abschnitt 3.6). Die in Abschnitt 3.7 dargestellte Etablierung einer Praxisgebühr würde insbesondere kränkere, gering verdienende Versicherte stärker belasten. Die Absenkung des Krankengelds (Abschnitt 3.8) schließlich würde die Versicherten im Krankheitsfall treffen.

Fokussiert wird vorliegend neben der Be- oder Entlastung der Beitragszahler:innen ebenso die durch den jeweiligen Ansatz entstehende zusätzliche Finanzlast des Bundes und der Steuerzahler:innen. Die Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen (Abschnitt 3.1), die Kostenübernahme der Ausgaben für ALG-II-Empfänger:innen (Abschnitt 3.2) sowie die Senkung der Mehrwertsteuer bei Arznei- und Hilfsmitteln von 19 % auf 7 % (Abschnitt 3.3) verursachen eine finanzielle Mehrbelastung des Bundes und implizit der Steuerzahler:innen. Eine Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen sowie der Ausgaben für ALG-II-Bezieher:innen ist insofern zweckmäßig, als dass diese Leistungen nicht

³ Im Verständnis der Angleichung der jährlichen Leistungsausgaben an die Höhe der bpE.

ausschließlich in der Gruppe der gesetzlich Versicherten wirken. Eine stärkere finanzielle Einbindung des Bundes ist allerdings aufgrund der Schuldenbremse nach Art. 109 GG begrenzt, sodass die Umsetzbarkeit des jeweiligen Ansatzes behindert werden könnte. Außerdem sind ein Großteil der Steuerzahler:innen gleichermaßen Beitragszahler:innen, sodass die Beitragsentlastung im GKV-System bei dieser Bevölkerungsgruppe zu einem begrenzten Anteil kompensiert wird.

Bezüglich der zeitlichen Umsetzbarkeit sind jegliche Ansätze in dieser Expertise theoretisch geeignet, damit sie rechtzeitig zum 01.01.2024 in Kraft treten und damit den zusätzlichen Finanzbedarf (zumindest zum Teil) kompensieren könnten. Abschließend könnten die diskutierten Ansätze folglich einen Beitrag zu der Deckung der erwarteten Finanzbedarfe der Jahre 2024 und 2025 leisten, dennoch unterscheiden sie sich teilweise erheblich – wie bereits erläutert – in ihrem Finanzvolumen und Aufwand, sodass deren Umsetzung nicht gleichermaßen zu empfehlen ist.

1 Einführung

Die zu erwartende Unterdeckung in der GKV aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds ohne Zusatzbeiträge wurde für das Jahr 2023 in der Vergangenheit bereits innerhalb der Bandbreite von 17,0 Mrd. Euro (GKV-Spitzenverband, 2022a) und 24,9 Mrd. Euro (GKV-Schätzerkreis, 2022a) dargestellt.

Während die Prognose des GKV-Schätzerkreises aktuell mit dem Jahr 2023 endet, liegen für die Folgejahre Arbeiten vor, die die zu erwartenden Finanzbedarfe beziffern. So wird bspw. von Albrecht und Ochmann für das Jahr 2024 eine Unterdeckung i. H. v. 23,5 Mrd. Euro und für 2025 i. H. v. 27,3 Mrd. Euro (Basisszenario; 2021) vorausgesagt. Wasem hingegen rechnet mit einem zusätzlichen Finanzbedarf i. H. v. 18,0 Mrd. Euro im Jahr 2024 und 21,3 Mrd. Euro im Jahr 2025 (Wasem, 2022).

Im Rahmen dieser Expertise führten eigene Berechnungen zu geringeren Finanzbedarfen. Auf Grundlage der Einnahmen und Ausgaben der GKV in den Jahren 2023 bis 2025 konnte auf das Finanzierungsdefizit in dem jeweiligen Jahr geschlossen werden. Dabei wurden die Einnahmen- und Ausgabenbeiträge des Jahres 2021 mit der Veränderungsrate der Ausgaben i. H. v. 5,0 % und derjenigen der Einnahmen i. H. v. 4,5 % fortentwickelt, sodass prognostizierte Einnahmen- und Ausgabenwerte für die Jahre 2024 und 2025 folgten.

Die Ausgaben der GKV im Jahr 2023 belaufen sich auf rund 298,1 Mrd. Euro. Dem stehen Einnahmen ohne Zusatzbeiträge i. H. v. 273,7 Mrd. Euro gegenüber (Bundestag, 2022; GKV-Schätzerkreis, 2022c). Die genaue Erläuterung dieser Beträge ist dem Abschnitt 3.6.2 zu entnehmen. Die Differenz zwischen den Einnahmen und Ausgaben des Jahres 2023 beläuft sich folglich auf 24,4 Mrd. Euro. Im Jahr 2024 ergibt sich gemäß dieser Berechnung – entsprechend verrechnet mit den Einnahmen- und Ausgabenbeiträgen für das Jahr – ein Finanzierungsdefizit i. H. v. 38,5 Mrd. Euro und im Jahr 2025 i. H. v. 42,4 Mrd. Euro.⁴ Tabelle 1 enthält die genannten Beträge.

Tabelle 1: Finanzdefizit der Jahre 2023, 2024, 2025

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesministerium für Gesundheit, 2020a, 2020b, 2021b, 2022c, 2023e

Jahr	Einnahmen in Mrd. Euro	Ausgaben in Mrd. Euro	Finanzierungsdefizit in Mrd. Euro
2023	273,7	298,1	24,4
2024	274,5	313,0	38,5
2025	286,3	328,6	42,4

Die Summe von 24,4 Mrd. Euro im Jahr 2023 bildet dabei die tatsächlich entstehende Lücke zwischen den Einnahmen und Ausgaben ab. Darin enthalten sind auf der Einnahmenseite ebenso die vom Gesetzgeber beschlossenen finanziellen Maßnahmen für das Jahr, zu denen beispielsweise der ergänzende Bundeszuschuss i. H. v. 2,0 Mrd. Euro sowie das unverzinsten Darlehen i. H. v. 1,0 Mrd. Euro zählen.

Um auf die finanzielle Wirkung der jeweiligen Ansätze schließen zu können, ist die Differenz der Finanzierungsdefizite der Jahre 2024 bzw. 2025 und 2023 relevant. Aus der Differenz des Wertes für das Jahr 2024 i. H. v. 38,5 Mrd. Euro und jener des Jahres 2023 i. H. v. 24,4 Mrd. Euro folgt ein zusätzlicher Finanzbedarf im Jahr 2024 im Vergleich zu dem Jahr 2023 i. H. v. 14,1 Mrd. Euro. Demzufolge ergibt die Differenz aus dem Finanzdefizit des Jahres 2025 i. H. v. 42,4 Mrd. Euro und derjenigen des

⁴ Die expliziten Berechnungen sind Abschnitt 3.6.2 zu entnehmen.

Jahres 2023 i. H. v. 24,4 Mrd. Euro einen zusätzlich zu begleichenden Bedarf i. H. v. 18,0 Mrd. Euro. Tabelle 2 bildet diese zusätzlichen Finanzbedarfe ab.

Tabelle 2: Zusätzlich zu deckender Finanzbedarf in den Jahren 2024, 2025

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesministerium für Gesundheit, 2020a, 2020b, 2021b, 2022c, 2023e

Jahr	Prognostizierter zusätzlicher Finanzbedarf
2024	14,1 Mrd. Euro
2025	18,0 Mrd. Euro

Damit diesem strukturellen Defizit entgegengewirkt werden kann, sind dauerhaft wirksame Regelungen zur Stabilisierung notwendig (Wasem, 2022). Diese werden bereits in die fachliche, politische und mediale Debatte eingebracht.

Der Inhalt dieser Expertise im Auftrag der Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V. (BKV) ist die nähere Diskussion verschiedener Ansätze zur Verringerung dieses zusätzlichen Finanzierungsbedarfs. Der BKV ist als Interessengemeinschaft ein Zusammenschluss unternehmensnaher Betriebskrankenkassen (BKK) und hat insgesamt neun Ansätze zur Stabilisierung der GKV-Finanzierung für die vorliegende Untersuchung eingebracht. Im Rahmen dieser Expertise werden die neun Ansätze näher dargestellt, ihr zu erwartendes Finanzvolumen angesichts des zu erwartenden Finanzbedarfs für die Jahre 2024 und 2025 bewertet und deren Wirkung sowie Umsetzbarkeit diskutiert. Die Ansätze umfassen die folgenden Punkte:

- Sicherstellung der Sozialgarantie durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss zur Vollfinanzierung aller versicherungsfremden Leistungen durch den Bund (Abschnitt 3.1),
- Vollfinanzierung der ALG-II-Empfänger:innen durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss (Abschnitt 3.2),
- Senkung der Mehrwertsteuer für Arznei- und Hilfsmittel, Krankenversicherungsleistungen (Abschnitt 3.3),
- Einführung einer Gesundheitsabgabe auf Alkohol und Tabak (Abschnitt 3.4),
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf Rentenniveau (Abschnitt 3.5),
- Anhebung der Beiträge/Zusatzbeiträge in der GKV (Abschnitt 3.6),
- Eigenverantwortung stärken: Wiedereinführung der Praxisgebühr (Abschnitt 3.7),
- Absenkung der Höhe des Krankengeldanspruchs (Abschnitt 3.8)
- Konkretisierung einer Begrenzung des jährlichen Ausgabenzuwachses durch konsequente Berücksichtigung der Beitragsstabilität in den Versorgungsverträgen für die Jahre 2024/2025 (Abschnitt 3.9)

2 Methodisches Vorgehen

In dieser Expertise wird eine Diskussion der oben genannten Ansätze (Abschnitt 1) hinsichtlich ihrer potenziellen Folgen durchgeführt. Dabei unterteilen sich die Abschnitte 3.1 bis 3.9 jeweils in die Unterabschnitte Einordnung, Wirkung, Folge und Umsetzbarkeit.

Der Abschnitt Einordnung dient der Einführung in das jeweilige Thema. Hierbei werden der recherchierten Literatur relevante Informationen entnommen. Zunächst werden themenspezifische Begriffe definiert, die Verortung und die Darstellung der erstmaligen Etablierung des jeweiligen Themas im Gesundheitssystem sowie dessen zeitliche Entwicklung vorgenommen. Außerdem werden damit einhergehende gesetzliche Bestimmungen und potenzielle Zusammenhänge benannt und erklärt. Die

Darlegung der derzeitigen Situation dient der Identifikation des Änderungsbedarfs. Dazu zählt insbesondere die Beschreibung des derzeitigen finanziellen Ausmaßes, das für den jeweiligen Ansatz aufgebracht wird sowie die Benennung der Akteure.

Es folgt jeweils der Unterabschnitt Wirkung, in welchem das implizite, potenzielle Finanzvolumen dieses Ansatzes vorgestellt wird. Dies erfolgt anhand von strukturierten Literaturrecherchen und ggf. ergänzenden eigenen Berechnungen, falls die notwendigen Daten dafür vorliegen und zugänglich sind. Dazu werden Informationen über die Höhe der Ausgaben, die betroffenen Versicherten- bzw. Mitgliederzahlen, Veränderungsraten und ähnliche Quellen verwendet. Insbesondere in den Abschnitten 0, 3.5.2 und 3.8.2 dienen verschiedene Varianten einer differenzierten Darstellung des potenziellen Ausmaßes, da kein exakter Wert hinzugezogen werden kann.

Am Schluss des Unterabschnitts Wirkung werden jeweils, die durch die Umsetzung des jeweiligen Ansatzes generierten, zusätzlichen Gelder mit dem prognostizierten zusätzlichen Finanzbedarf i. H. v. 14,1 Mrd. Euro im Jahr 2024 und demjenigen i. H. v. 18,0 Mrd. Euro im Jahr 2025 verrechnet, der Deckungsanteil bestimmt sowie eine dadurch mögliche Veränderung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes benannt. Diese ergibt sich aus der Fortschreibung der „Faustformeln“ der KF18Bund (Bundesministerium für Gesundheit, 2018) und der KF22Bund (Bundesministerium für Gesundheit, 2022e), die jeweils die einem Beitragssatzpunkt entsprechenden Milliarden Euro für das Jahr 2018 und 2022 ausweisen. Anhand der prozentualen Veränderung der einem Beitragssatzpunkt entsprechenden Milliarden Euro wird so auf die entsprechenden Beträge in den Jahren 2024 und 2025 geschlossen. So entsprechen im Jahr 2024 16,7 Mrd. Euro einem Beitragssatzpunkt, im Jahr 2025 beträgt ein Beitragssatzpunkt 17,2 Mrd. Euro.

Im jeweils darauffolgenden Unterabschnitt Folge werden anhand ausgewählter, relevanter Akteure (Beitragszahler:innen getrennt nach Mitgliedern und Arbeitgeber:innen, GKV, Bund) die Folgen der neun in dieser Expertise zu diskutierenden Ansätze erörtert.

Falls es für die Betrachtung der finanziellen Wirkung relevant ist, wird zudem auf eine erforderliche Dynamisierung des aus dem jeweiligen Ansatz resultierenden Finanzvolumens verwiesen. Dieses ist insbesondere für die Ansätze wesentlich, die einen pauschalen Betrag erzielen und deren Wirkung – prozentual gemessen an dem zusätzlichen Finanzbedarf – in der Zukunft abnehmen würden.

Sollte mit den Ansätzen eine erhebliche indirekte Wirkung verbunden sein, wie bei den Abschnitten 3.4, 3.7 und 3.9, dann wird diese herausgestellt.

Sämtliche Abschnitte schließen mit einem Unterabschnitt Umsetzbarkeit ab. Hierbei erfolgt eine Einschätzung zur zeitlichen Umsetzbarkeit durch den Gesetzgeber, bei der der 01.01.2024 als spätestes Datum des Inkrafttretens angenommen wird. Dies erfolgt im Wesentlichen anhand eines Beispielgesetzes, das den gleichen oder einen ähnlichen Sachverhalt behandelt und ggf. weiterer zu schaffenden Voraussetzungen. Die knappe Darstellung der Umsetzbarkeit resultiert aus der rein theoretischen Einschätzung der Umsetzbarkeit. Unberücksichtigt bleiben in der gesamten Expertise hingegen die politischen Interessen und die damit einhergehende tatsächliche Wahrscheinlichkeit der Umsetzbarkeit.

3 Diskussion der Ansätze

3.1 Ansatz 1: Sicherstellung der Sozialgarantie durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss zur Vollfinanzierung aller versicherungsfremden Leistungen durch den Bund

3.1.1 Einordnung

Versicherungsfremde Leistungen

Der Gesetzgeber definiert den Begriff und die Implikationen der versicherungsfremden Leistungen nicht näher. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fasst unter versicherungsfremde Leistungen medizinische Leistungen, „die familienpolitisch motiviert, von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind oder hiermit einhergehende Lohnersatzleistungen“. Darunter fallen einerseits Leistungen, die einer sonst nicht berechtigten Gruppe zur Verfügung gestellt werden und außerhalb der Gruppe der Mitglieder wirken sollen (z. B. kostenlose Mitversicherung von Kindern und Ehepartner:innen der Mitgliedern trotz Nicht-Zahlung von Versicherungsbeiträgen), andererseits Leistungen, die der Versicherungsgemeinschaft kostenlos angeboten werden (z. B. Präventionsmaßnahmen in nicht betrieblichen Lebenswelten) und Leistungen einzelner Leistungsbereiche (z. B. künstliche Befruchtung, Mutterschafts- und Kinderkrankengeld) (Albrecht & Ochmann, 2021; Bundesministerium für Gesundheit, 2023j).

Die beiden letztgenannten Implikationen der versicherungsfremden Leistungen zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass kein oder ausschließlich ein indirekter Bezug zu einem (potenziellen) Krankheitsfall besteht. Die unklare Abgrenzung und das Nicht-Vorhandensein einer Legaldefinition machen deutlich, dass das Verständnis zu und demnach auch die Auswahl von versicherungsfremden Leistungen als dynamisch anzusehen sind. Dies ist insbesondere auf den Rückzug staatlicher Akteure aus der Durchführung von Leistungen (auch zulasten der Krankenversicherung) und auf die gesellschaftliche und politische Identifikation neuer (versicherungsfremder) Leistungen und Themen zurückzuführen (Höpfner, Berndt, Schäffer & Militzer-Horstmann, 2020).

Die im Rahmen der versicherungsfremden Leistungen zu diskutierenden Leistungsausgaben unterliegen, wie Tabelle 3 aufzeigt, einer größeren Bandbreite von 41,3 Mrd. bis 56,5 Mrd. Euro. Die Differenz in den Summen ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen Bezugsjahre sowie aufgrund des Umfangs der berücksichtigten und als versicherungsfremd identifizierten Leistungen.

Tabelle 3: Umfang versicherungsfremder Leistungen abzüglich der GKV-Beitragszahlungen für bzw. von ALG-II-Empfänger:innen (Auszug)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an die genannten Quellen

Quelle (Jahr der Veröffentlichung)	Umfang der Leistungsausgaben abzüglich der GKV-Beitragszahlungen für bzw. von ALG-II-Empfänger:innen in Mrd. Euro	Bezugsjahr
Albrecht & Ochmann, 2021	41,3	2016/2017/2019
Meinhardt, 2018	42,7	2016
Höpfner et al., 2020	56,5	2016

Da es nicht Auftrag dieser Expertise ist, den monetären Umfang der versicherungsfremden Leistungen zu diskutieren (und auch der Bundestag darlegt, dass aufgrund des Nichtvorhandenseins einer Legaldefinition keine explizite Aussage über das Finanzvolumen und einen absoluten Inhalt der

versicherungsfremden Leistungen zu treffen sei; Bundesregierung, 2021), wird auf Basis der aufgeführten, bereits bestehenden aktuelleren Arbeiten von folgendem Umfang der Leistungsausgaben ausgegangen:

- In einer engen Auslegung des Begriffs versicherungsfremde Leistungen in Anlehnung an Meinhardt (2018) und Albrecht & Ochmann (2021) entspricht der diesbezügliche Finanzierungsumfang rund 42,0 Mrd. Euro (Mittelwert der beiden Größen)⁵
- In einer weiten Auslegung auf Grundlage von Höpfner et al. (2020) sind etwa 56,5 Mrd. Euro⁶ zu finanzieren.⁷

Sozialgarantie

Die „Sozialgarantie 2021“ resultierte aus den gestiegenen Ausgaben während der COVID-19-Pandemie, dem allgemeinen medizinischen Fortschritt und der steigenden Lebenserwartung bei gleichzeitiger Geburtenrate von 1,6 im Jahr 2021, die unter dem Bestanderhaltungsniveau von durchschnittlich 2,1 Kindern je Frau liegt (Demografie-Portal, o. J.). Der Ursprung der „Sozialgarantie 2021“ beruht auf einem Beschluss des Koalitionsausschusses vom 03.06.2020, nach dem die Sozialversicherungsbeiträge bei maximal 40,0 % stabilisiert werden sollten, indem die darüber hinausgehenden Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt bis zum Jahr 2021 gedeckt werden sollten (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, 2020). Dies schließt jedoch zugleich die Vermeidung einer Kürzung von Sozialleistungen mit ein (Bundesregierung, 2020b).

Zu den Sozialversicherungen zählen die RV, die Arbeitslosenversicherung (ALV), die GKV, die soziale Pflegeversicherung (SPV) und die gesetzliche Unfallversicherung, bei denen größtenteils eine paritätische Finanzierung vorgesehen ist (Deutsche Rentenversicherung Rheinland, 2023). Die Unfallversicherung wird aus der Sozialgarantie ausgenommen, da sie in Abhängigkeit des Entgelts und des Grads der Unfallgefahr bemessen wird und ausschließlich vom/:/von der Arbeitgeber:in finanziert wird (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, o. J.). Wie sich in Tabelle 4 zeigt, wurde die Sozialgarantie im Jahr 2022 für die Versicherten, die in der SPV keinen Kinderlosenzuschlag leisten müssen, mit 39,95 % eingehalten (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, 2022).

⁵ Der Wert des GKV-SV (2018) wurde nicht berücksichtigt, da aus der Veröffentlichung nicht zweifelsfrei geklärt werden kann, ob mit den versichertenfremden Leistungen einhergehende Ausweitungen der Beitragseinnahmen (z. B. ALG-II-Bezieher:innen) gegengerechnet wurden.

⁶ Die Abrundung auf 56,0 Mrd. Euro wird an späterer Stelle im Zusammenhang mit einer Regelung des § 221a Abs. 6 SGB V erläutert.

⁷ Es sind darüber hinaus in der Literatur noch weitere Werte zu finden. Beispielsweise gehen Stegmüller und Greß 2014 von einem Umfang von 33,2 Mrd. Euro für das Jahr 2010 aus (Greß & Stegmüller, 2014), während Henke den Umfang auf 36,0 Mrd. Euro in den Jahren 2012/2013 schätzt (Henke, 2014). Auch der GKV-SV nimmt 2013 Ausgabenvolumen von 33,9 Mrd. Euro für das Jahr 2011 an. Diese Arbeiten bleiben unberücksichtigt, da sie zeitlich bereits weit zurückliegen.

Tabelle 4: Sozialversicherungsbeiträge im Jahr 2022

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an die genannten Quellen

Sozialversicherung	Kostenanteil der Arbeitnehmer:innen in %	Gesamter Kostenanteil am Bruttolohn in %
RV	9,3	18,6 (Deutsche Rentenversicherung Rheinland, 2022)
ALV	1,2	2,4 (Bundesagentur für Arbeit, 2020)
GKV – allgemeiner Beitragssatz	7,3	14,6 (GKV-Spitzenverband, o. J.b)
GKV – Ø Zusatzbeitragssatz	0,6	1,3 (Bundesregierung, 2022a)
SPV – Beitragssatz	1,525 (Bundesministerium für Gesundheit, 2023d) ⁸	3,05 (Bundesministerium für Gesundheit, 2023d)
SPV – Kinderlosenzuschlag	0,35	0,35 (Bundesministerium für Gesundheit, 2023d)
Summe	19,925 (ohne Kinderlosenzuschlag)	
Gesamt		39,95 (ohne Kinderlosenzuschlag) 40,3 (mit Kinderlosenzuschlag)

Für das Jahr 2023 ergeben sich jedoch Änderungen. So haben die Arbeitnehmer:innen ab dem 01.07.2023 Beiträge i. H. v. 20,4 % ihres Bruttolohns für die Sozialversicherungen zu zahlen (Tabelle 5). Diese Erhöhung ergibt sich aus dem Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG), welches die moderate Erhöhung des Beitragssatzes für die soziale Pflegeversicherung vorsieht (Bundesministerium für Gesundheit, 2023c). Zum Zeitpunkt der Bearbeitung des vorliegenden Gutachtens ist das Gesetz noch nicht verabschiedet worden, jedoch ergibt sich auf Grundlage der aktuell geplanten Regelungen ein Anteil von 40,8 % der Sozialversicherungsbeiträge, sodass die Sozialgarantie von 40,0 % auf dieser Grundlage im Jahr 2023 voraussichtlich nicht eingehalten wird. Bei kinderlosen Beitragszahler:innen liegt der Wert aufgrund des Kinderlosenzuschlages mit 41,4 % noch höher (Tabelle 5). Es wird deutlich, dass zusätzliche finanzielle Mittel notwendig sind, um die Sozialgarantie einhalten und die Beitragssätze stabilisieren zu können.

Tabelle 5: Sozialversicherungsbeiträge im Jahr 2023

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an die genannten Quellen

Sozialversicherung	Kostenanteil der Arbeitnehmer:innen in Prozent	Gesamter Kostenanteil am Bruttolohn in Prozent
RV	9,3	18,6 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019)
ALV	1,3	2,6 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022)
GKV – allgemeiner Beitragssatz	7,3	14,6 (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b)
GKV – Ø Zusatzbeitragssatz	0,8	1,6 (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a)
SPV – Beitragssatz	1,7	3,4 (Haufe, 2023)
SPV – Kinderlosenzuschlag	0,6 (Bundesregierung, 2023a)	0,6 (Haufe, 2023)

⁸ Die Ausnahme bildet Sachsen mit einem Arbeitnehmeranteil von 2,025 Prozent.

Summe	20,4 (ohne Kinderlosenzuschlag)	
Gesamt		40,8 (ohne Kinderlosenzuschlag) 41,4 (mit Kinderlosenzuschlag)

Bundeszuschuss

Bis 2004 finanzierte sich die GKV ausschließlich über Beitragszahlungen. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 wurde erstmals die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe durch Steuern beschlossen (GMG – GKV-Modernisierungsgesetz). Dies führte einerseits zu einer Senkung des Beitragssatzes und zu einer langfristig stabilen und gerechteren Finanzierung. Darüber hinaus trägt die Steuerfinanzierung zu einer gesamtgesellschaftlichen Solidarität bei (Ochmann & Albrecht, 2022).

In den Folgejahren legten unterschiedliche Gesetze⁹ die Höhe des Bundeszuschusses individuell fest. So betrug dieser gemäß GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007:

- 2005 2,5 Mrd. Euro,
- 2006 4,2 Mrd. Euro nach GMG,
- 2007 und 2008 2,5 Mrd. Euro.

Auch die jährliche Anhebung um 1,5 Mrd. Euro bis zu der Summe von 14 Mrd. Euro wurde in dem GKV-WSG festgelegt (GKV-WSG – GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz). Im Jahr 2013 erfolgte nach § 221 HBeglG 2013 die Festlegung eines Bundeszuschusses i. H. v. 11,5 Mrd. Euro, nach § 221 HBeglG 2014 wurden Bundeszuschüsse von:

- 10,5 Mrd. Euro für 2014,
- 11,5 Mrd. Euro für 2015,
- 14 Mrd. Euro für 2016 und
- ab 2017 14,5 Mrd. Euro

beschlossen. Die Absenkungen in den Jahren 2013, 2014 und 2015 dienten der Konsolidierung des Bundeshaushaltes. Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 wird die Formulierung geändert (Streichung der Formulierung „ab dem Jahr 2017“), sodass das TSVG die Grundlage für die aktuelle Fassung des § 221 SGB V darstellt und seither den Bundeszuschuss auf den Betrag von 14,5 Mrd. Euro festlegt (TSVG – Terminservice- und Versorgungsgesetz).

In dem aktuellen Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2021 ist die regelmäßige Dynamisierung des Bundeszuschusses festgeschrieben. Näheres wird dort allerdings nicht erwähnt (SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & FDP, 2021).

Die Finanzierung der Leistungen für die gesetzlich Versicherten erfolgt grundsätzlich über Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die nach jeweiliger Risikostruktur der Krankenkassen in differenzierter Höhe an die einzelnen Krankenkassen gezahlt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b). Der Gesundheitsfonds wird überwiegend über die Beiträge der und für die Mitglieder sowie den Bundeszuschuss (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b) gespeist. Kritisch diskutiert wird dabei die Berechtigung der Verwendung von Steuergeldern, da diese nicht ausschließlich von der

⁹ Zu diesen Gesetzen gehörten bspw. das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007, das Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland 2009, das GKV-Finanzierungsgesetz 2011, die Haushaltsbegleitgesetze 2013 und 2014 etc. (Liebig, 2019).

Versichertengemeinschaft gezahlt werden und das Bismarcksche Sozialversicherungssystem gerade getrennt von staatlichen Mitteln gedacht war (Nagler, 2016).

Demgegenüber wird angeführt, dass „die Verwendung von Steuereinnahmen zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bundeszuschuss [...] insofern vertretbar [sei], als dass die betroffenen Leistungen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein müssen“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, 2021). Die Verwendung von Steuereinnahmen für die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen erscheint viel mehr notwendig, da es sich um Leistungen handelt, die über den medizinischen Kontext hinausgehen (bspw. die Förderung von Einrichtungen für Verbraucher:innen- und Patient:innenberatungen, Prävention in Lebenswelten oder Betrieben etc.). Diese Leistungen kommen also nicht ausschließlich (potenziell) kranken Versicherten zugute, sondern sind ebenso der gesunden Versichertengemeinschaft sowie Nicht-GKV-Versicherten von Nutzen. Darüber hinaus haben insbesondere gesundheitsförderliche Maßnahmen Auswirkungen auf die Gesamtgesellschaft, da sie die Produktivität und damit die gesamte Wirtschaftskraft erhöhen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023f). Damit wäre eine Steuerfinanzierung angemessener als die derzeitige ausschließliche Finanzierung durch die Beitragszahler:innen (Höpfner et al. 2020, S. 21).

Der Bundeszuschuss dient gemäß § 221 SGB V somit grundsätzlich der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die Gesamtgesellschaft, um die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes aufgrund der versicherungsfremden Leistungsausweitung zu vermeiden sowie die Sicherstellung des Zugangs zu medizinisch notwendigen Leistungen für alle gewährleisten zu können.

Ergänzender Bundeszuschuss

Ein ergänzender Bundeszuschuss wurde erstmalig im Jahr 2010 durch das Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz (SozVersStabG) eingeführt. Dieser lag nach § 221a SozVersStabG bei 3,9 Mrd. Euro und diente dem Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen in der GKV aufgrund der vorangegangenen Weltwirtschaftskrise im Jahr 2009 (Bundesregierung, 2010a). Es folgte ein weiterer ergänzender Bundeszuschuss nach § 221a HBeglG 2011 zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV i. H. v. 2,0 Mrd. Euro (Bundesregierung, 2010b), nach § 221a HBeglG 2013 wurde er gestrichen und nach § 221a GPVG im Jahr 2020 ist er i. H. v. 5 Mrd. Euro wieder eingeführt worden.

Im Jahr 2020 diente dieser ebenso der finanziellen Stabilität und der Stabilisierung der Beitragssätze im Kontext der durch die COVID-19-Pandemie ausgelösten Wirtschaftskrise (Deutscher Bundestag, 2020a). Auch im Jahr 2021 wurde ein erhöhter Finanzbedarf aufgrund der COVID-19-Pandemie und der implizit geschwächten Wirtschaftssituation festgestellt, sodass die nach § 221a GVWG ergänzenden 7,0 Mrd. Euro nicht ausreichten. Dieses Gesetz ermächtigte das BMG nach § 221a Abs. 3 S. 3 SGB V, befristet bis zum 31.12.2021, einen durch Rechtsverordnung ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 festzulegen (Deutscher Bundestag, 2020a). In der Bundeszuschussverordnung 2022 wird deshalb ein ergänzender Bundeszuschuss von insgesamt 14,0 Mrd. Euro festgelegt (Bundesministerium für Gesundheit, 2021c; Deutscher Bundestag, 2021a). Dieser dient nach § 221a Abs. 3 S. 4 SGB V insbesondere der Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes gemäß § 242a SGB V. Im Jahr 2022 betrug dieser 1,3 % der bpE (Bundesministerium für Gesundheit, 2021a).

Im Jahr 2022 wird durch das GKV-FinStG die Zahlung des ergänzenden Bundeszuschusses i. H. v. 2 Mrd. Euro nach § 221a Abs. 5 S. 1 SGB V (GKV-FinStG – GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) sowie ein Darlehen an den Gesundheitsfonds i. H. v. 1 Mrd. Euro¹⁰ für das Jahr 2023 festgelegt

¹⁰ Das gewährte Darlehen stellt eine systemfremde Lösung dar, bei der ein Finanzierungsproblem in die Zukunft verschoben wird.

(Bundesministerium für Gesundheit, 2022d). Dieses muss bis zum 31.12.2026 zurückgezahlt werden (GKV-Schätzerkreis, 2022b). Der Gesetzentwurf für das GKV-FinStG begründet die Höhe des ergänzenden Bundeszuschusses und die Gewährung des unverzinsten Darlehens dadurch, dass die Steigerung des Zusatzbeitragssatzes von 1,3 % im Jahr 2022 um einen Beitragssatzpunkt vermieden werden sollte (Bundesregierung, 2022a). Der im Jahr 2023 erwartete darüberhinaus bestehende Finanzbedarf wird auf 24,8 Mrd. Euro geschätzt (GKV-Schätzerkreis, 2022c).

Neben diesen zusätzlichen Einnahmen von insgesamt 3 Mrd. Euro sah das GKV-FinStG ebenso andere Maßnahmen, wie die Abschmelzung der Finanzreserven, die Steigerung des Zusatzbeitragssatzes sowie u. a. die Anhebung des Hersteller- und Apothekerabschlags vor, um dem zusätzlichen Finanzbedarf entgegenzuwirken. Derzeit wird davon ausgegangen, dass sich der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz jährlich um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte aufgrund des geringen Einnahmewachstums (aufgrund der demografischen Alterung und der rückläufigen Zahl an Beschäftigten) im Vergleich zu dem gesteigerten Ausgabenwachstum (infolge der demografischen Alterung und des medizinisch-technologischen Fortschritts) erhöht (Bundesregierung, 2022a). Aus diesem Verständnis ist der Anstieg von 1,3 % im Jahr 2022 auf 1,6 % im Jahr 2023 schlüssig. Der ergänzende Bundeszuschuss trägt u. a. zu der Beitragssatzstabilität bei. Da sich der Bundeszuschuss aus Steuergeldern finanziert, beteiligen sich die Steuerzahler:innen ebenfalls an der Abgeltung der Finanzlast (Ausschuss für Gesundheit, 2022).¹¹

Des Weiteren ist ein ergänzender Bundeszuschuss nach § 221a Abs. 6 S. 1 SGB V i. H. v. 150 Mio. Euro infolge der Regelungen zum Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 2a SGB V vorgesehen. Entstehende Mehrausgaben, die die Mittel aus den Bundeszuschüssen übersteigen, sind nach § 221 Abs. 6 S. 2 SGB V als ergänzender Bundeszuschuss an die Liquiditätsreserve in der Höhe zu zahlen, um den die Mehrausgaben den Betrag von 150 Mio. Euro übersteigen. Dieser ergänzende Bundeszuschuss entspricht grundsätzlich der Finanzierung einer versicherungsfremden Leistung und wäre dem Bundeszuschuss zuzuordnen. Demnach handelt es sich um eine Besonderheit der Finanzierung, bei der versicherungsfremde Leistungen zusätzlich zum Bundeszuschuss durch einen ergänzenden Bundeszuschuss abgegolten werden.

Es ist somit insgesamt festzustellen, dass die Zielstellung der Beitragssatzstabilität in der GKV mit dem ergänzenden Bundeszuschuss seit seiner Einrichtung verhältnismäßig konstant vom Gesetzgeber verfolgt wird.

Finanzierungslücke der versicherungsfremden Leistungen

Die Bestimmung der GKV-Finanzierungslücke der versicherungsfremden Leistungen im Allgemeinen erfolgt, indem im ersten Schritt aus Sicht des Gesundheitsfonds zunächst die diesbezüglichen finanziellen Aufwendungen bestimmt werden und hiervon die damit verbundenen Erträge abgezogen werden. Dies wird vor allem dann relevant, wenn neue Versichertengruppen einen Anspruch auf den GKV-Leistungskatalog erhalten, für die Beiträge in den Gesundheitsfonds eingehen. Bei diesen (bspw. ALG-II-Bezieher:innen) ist dann nicht nur zu berücksichtigen, dass versicherungsfremde Leistungen entsprechende Leistungsausgaben nach sich ziehen, sondern die eigenen Beiträge dieser Versichertengruppe diesen gegenzurechnen sind.

¹¹ Des Weiteren wurden weitere Maßnahmen vorgeschlagen, die dem zusätzlichen Finanzbedarf in der GKV im Jahr 2023 entgegenwirken sollen (bspw. Erhöhung des Herstellerabschlags bei Arzneimitteln, Abschaffung der Neupatient:innenregelung).

Dieser Schritt ist bei den in Tabelle 3 aufgeführten Werten bereits erfolgt, sodass unverändert in einer engen Auslegung des Begriffs versicherungsfremde Leistungen die Finanzierung von rund 42,0 Mrd. Euro und in der weiten Auslegung etwa 56,5 Mrd. Euro auszugehen ist.

Im zweiten Schritt sind hiervon die Zahlungen abzuziehen, die der Gesetzgeber bereits zur Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen veranlasst.

Wie oben dargestellt, leistet der ergänzende Bundeszuschuss hierbei von der Grundausrichtung her keinen Beitrag, da er darauf abzielt, die Beitragssatzstabilität in der GKV zu gewährleisten. Zudem kommt hinzu, dass er aufgrund der ständigen Anpassung keine stabile Finanzierungsgrundlage und Gegenfinanzierung von konstant zu erbringenden versicherungsfremden Leistungen darstellt. Gleichwohl enthält er aber die angesprochene Regelung gem. § 221a Abs. 6 SGB V zur Finanzierung des Kinderkrankengeldes, und damit für eine konkrete versicherungsfremde Leistung der GKV. Bemerkenswert ist hier der Gedanke der Dynamisierung, da bei dem genannten Betrag überschreitenden Leistungsausgaben auch die Zahlungen an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds steigen. Diese Finanzierung des Gesetzgebers wurde bereits bei der Rundung der Ausgangswerte der Tabelle 3 einbezogen, sodass die Werte ggf. auf volle Milliarden gerundet wurden.

Der Bundeszuschuss hingegen, der wie bereits erwähnt für die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen eingesetzt wird und inzwischen auf dem verhältnismäßig stabilen Niveau i. H. v. 14,5 Mrd. Euro verharret, muss Berücksichtigung finden. Die Deckungslücke der versicherungsfremden Leistungen liegt damit bei 27,5 Mrd. Euro (enge Auslegung) (Albrecht & Ochmann, 2021) bzw. 42,0 Mrd. Euro (weite Auslegung) (Höpfner et al., 2020).

3.1.2 Wirkung

Die Umsetzung des Ansatzes zur Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund i. H. v. 27,5 Mrd. Euro (bzw. 42,0 Mrd. Euro in der weiten Auslegung) würde den in Abschnitt 1 angesprochenen zusätzlichen Finanzbedarf i. H. v. 14,1 Mrd. Euro für das Jahr 2024 in beiden Auslegungsvarianten nicht nur schließen, sondern es würde ein finanzieller Spielraum entstehen, der zur Senkung der Zusatzbeitragssätze in der GKV genutzt werden könnte. Bei einer engen Auslegung des Begriffs versicherungsfremde Leistungen verblieben hierfür 13,8 Mrd. Euro und bei der weiten Auslegungsvariante 27,9 Mrd. Euro.

Der zusätzliche Finanzbedarf i. H. v. 14,1 Mrd. Euro würde in der engen Auslegung zu 195 % überdeckt werden, in der weiten Auslegung sogar zu 297,9 %. Um diese Beträge in Zusatzbeitragssatzpunkte zu übertragen, wurden die „Faustformeln“ KF18Bund (Bundesministerium für Gesundheit, 2018) und KF22Bund verwendet (Bundesministerium für Gesundheit, 2022e), aus denen für 2018 die Prognose von 14,0 Mrd. Euro je Beitragssatzpunkt und 2022 von 15,8 Mrd. Euro je Beitragssatzpunkt hervorgeht. Bei Beibehaltung dieses Anstieges ergibt sich in der GKV als grobe Richtgröße für 2024 ein Verhältnis von 16,7 Mrd. Euro je Beitragssatzpunkt. Dies würde auf Grundlage der verbleibenden 13,8 Mrd. Euro (enge Auslegung) eine durchschnittliche Senkung des Zusatzbeitragssatzes von knapp 0,8 Beitragssatzpunkten ermöglichen.

In der weiten Auslegung verbleiben von den erwarteten 42 Mrd. Euro nach Deckung des zusätzlichen Finanzbedarfs i. H. v. 18,0 Mrd. Euro 27,9 Mrd. Euro im Jahr 2024. Diese Summe könnte eine Senkung des Zusatzbeitragssatzes um 1,67 Prozentpunkte bewirken. Für das Jahr 2025 bedeutet dies, dass nach der Deckung des zusätzlichen Finanzbedarfs von 18,0 Mrd. Euro durch den Betrag von 27,5 Mrd. Euro (in der engen Auslegung) 9,5 Mrd. Euro übrigbleiben. Im Jahr 2025 könnte der Zusatzbeitragssatz um 0,6 Prozentpunkte gesenkt werden. In der weiten Auslegung verbleiben nach der Deckung des

zusätzlichen Finanzbedarfs i. H. v. 18,0 Mrd. Euro von den ursprünglich 42,0 Mrd. Euro noch 24,0 Mrd. Euro, die einer Senkung des Zusatzbeitragssatzes (in Fortschreibung der „Faustformel“ der KF18Bund und KF22Bund mit 17,2 Mrd. Euro je GKV-Beitragssatzpunkt) von knapp 1,4 Prozentpunkten entsprechen.

Der hier diskutierte Ansatz würde eine langjährige Verzerrung bei der finanziellen Belastung bereinigen, die durch den Gesetzgeber ausgelöst, jedoch von den GKV-Beitragszahler:innen finanziell aufgefangen wird. Mit der Vollfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen würde somit eine verursachungsgerechtere Finanzierung erfolgen.

Mit Blick auf die Deckungsquoten (aus Zuweisungen und Leistungsausgaben) einzelner Versicherten-Gruppen (hier könnten u. a. die beitragsfrei versicherten Kinder für Krankenkassen im Wettbewerb untereinander von Interessen sein (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2023) würde der Ansatz der Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen keine relevante Veränderung mit sich bringen, da zwar mehr Geld im Gesundheitsfonds vorhanden wäre, sich aber das Verteilungssystem des Morbi-RSA nicht verändert. Eine Wirkung bezüglich des Wettbewerbs unter den Krankenkassen ist mit diesem Ansatz daher nicht zu erwarten.

3.1.3 Folge

Neben dem Bund, der nach § 221 SGB V für die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen zuständig ist, wären die Steuerzahler:innen an der Erhöhung des Bundeszuschusses beteiligt. Die Anhebung des Bundeszuschusses hätte ebenfalls einen Einfluss auf die GKV-Mitglieder, die Arbeitgeber:innen, die Krankenkassen aber auch auf andere Sektoren mit Finanzierungsbestandteilen aus Bundesmitteln, denen diese dadurch ggf. nicht zur Verfügung stünden.

Der Bundeszuschuss würde also gemäß der vorangegangenen Argumentation um den Betrag von 27,5 Mrd. Euro (bzw. 42 Mrd. Euro in der weiten Auslegung) erhöht werden. Des Weiteren sollte diesem konsequenterweise die Summe i. H. v. mind. 150 Mio. Euro für die Finanzierung des Kinderkrankengeldes zugeordnet werden. Derzeit wird diese in Folge des ergänzenden Bundeszuschusses nach § 221a Abs. 6 SGB V gezahlt, allerdings handelt es sich bei Kinderkrankengeld um eine versicherungsfremde Leistung, sodass der Betrag langfristig im Kontext des Bundeszuschusses zu zahlen wäre.

Wenn sich der Gesetzgeber dazu entschließt, über den Bundeszuschuss die Vollfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen sicherzustellen, dann sollte der dafür notwendige Betrag regelmäßig und langfristig dynamisiert werden. Da in der GKV der jährliche Einnahmewachstum von 4,5 % einem Ausgabenwachstum von 5,0 % gegenübersteht¹², würde ansonsten erneut zusätzlicher Finanzbedarf bei den versicherungsfremden Leistungen entstehen, dieser stetig steigen und eine neue politische/gesellschaftliche Debatte im zeitlichen Verlauf auslösen.

Erfolgt eine Vollfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen durch den Bundeszuschuss, müsste dieser Anteil an den Leistungsausgaben bei zukünftigen Debatten um die Finanzierung der GKV nicht mehr berücksichtigt werden, da die Kosten vollständig gedeckt wären und keinerlei Einflüsse sowohl auf die Finanzlage der GKV als auch auf die Stabilität der Beitragssätze hätten.

Die Erhöhung des Bundeszuschusses um den prognostizierten fehlenden Anteil für versicherungsfremde Leistungen würde zudem dazu führen, dass zukünftige Beitragssteigerungen aufgrund

¹² Diese Veränderungsdaten ergaben sich durch eigene Berechnungen auf Basis des Einnahmen- und Ausgabenwachstums der Jahre 2019 bis 2022. Näher werden diese Berechnungen in Abschnitt 3.6.2 erläutert.

unzureichender finanzieller Mittel zur Begleichung der Kosten für versicherungsfremde Leistungen verhindert werden könnten. Die Umsetzung dieses Ansatzes würde hierbei auch den Anstieg von Lohnnebenkosten durch steigende Beiträge in der GKV partiell über das Jahr 2025 hinaus verhindern.

Die Nichteinhaltung der Sozialgarantie würde langfristig ebenso steigende Lohnnebenkosten für Unternehmen nach sich ziehen (Deutscher Mittelstands-Bund, 2020). Die Sicherstellung der Sozialgarantie sowie grundsätzlich die Erhöhung des Bundeszuschusses um die prognostizierte fehlende Summe für versicherungsfremde Leistungen würde die finanzielle Belastung der Beitragszahler:innen minimieren, ohne die Versorgung zu beeinträchtigen. Gleichwohl würde die Erhöhung des Bundeszuschusses zwangsläufig mit weiter begrenzten Mitteln in anderen Bereichen einhergehen, die sich (auch) über Bundesmittel finanzieren. Die zusätzlich eingesetzten Steuereinnahmen wären folglich für andere Ausgabenbereiche des Bundeshaushaltes nicht verfügbar. Grund dafür ist unter anderem die in Art. 109 GG festgelegte Schuldenbremse, die es dem Bund und den Ländern grundsätzlich nicht erlaubt, Kredite für die Ausgaben des Haushaltes aufzunehmen.

3.1.4 Umsetzbarkeit

Grundsätzlich soll das BMG bis zum 31. Mai 2023 Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV vorlegen (Bundesregierung, 2022b). Diese könnte ebenfalls die Kostenübernahme versicherungsfremder Leistungen vorsehen. Für die Umsetzung des Ansatzes einer Vollfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen wäre im ersten Schritt eine vom Gesetzgeber anerkannte Definition des Begriffs erforderlich (was auch der Präsident des Bundesrechnungshofes als Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung fordert) (Scheller, 2021). Damit einhergehend ist eine Berechnungsgrundlage notwendig, die die jährlich auszugleichende Finanzierungslücke der versicherungsfremden Leistungen unter Berücksichtigung von zu verrechnenden Einnahmen des Gesundheitsfonds bestimmt und einen Beitrag zur Planungssicherheit der Krankenkassen leistet. Eine alternative Möglichkeit wäre die Beauftragung GKV-externer Träger, die eine Definition formulieren und die Aufsicht über den Umgang mit versicherungsfremden Leistungen inne haben (Höpfner et al., 2020). Allerdings ist eine vollständige Umstrukturierung im Hinblick auf die begrenzte Zeit bis zum 01.01.2024 unrealistisch und bleibt daher für die Umsetzbarkeit dieses Ansatzes unberücksichtigt.

Stattdessen relevant sind vorangegangene Gesetze, die eine Änderung des Bundeszuschusses nach sich zogen. Dazu dient u. a. das Haushaltsbegleitgesetz (HBeglG) aus dem Jahr 2014 als Beispiel. Dieses Gesetz folgte dem HBeglG aus dem Jahr 2013 und beinhaltete neben der Änderung des § 221 SGB V (Festlegung des Bundeszuschusses) ausschließlich eine Änderung des zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie eine Anpassung der Bundeslaufbahnverordnung. Das Gesetz unterlag keiner Zustimmungsbedürftigkeit durch den Bundesrat (Deutscher Bundestag, 2014b). Der erste Gesetzentwurf lag am 13.03.2014 vor. Neben der Bundesregierung, dem Bundesrat sowie federführend dem Bundesministerium für Finanzen (BMF) waren ebenso der Haushaltsausschuss, der Ausschuss für Gesundheit, der Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz und der Finanzausschuss beteiligt. Es wurde am 24.06.2014 im Bundestag beschlossen und trat am 16.08.2014 in Kraft. Insgesamt benötigte das Inkrafttreten des Gesetzes somit fünf Monate. Hinzukommt die zuvor getätigte Arbeit in den Ausschüssen zur Vorbereitung des Gesetzes (Deutscher Bundestag, 2014b).

Als weiteres Beispiel dient das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das neben der Festlegung des Bundeszuschusses für die Jahre 2007 und 2008 die Einrichtung des Gesundheitsfonds sowie weitere Reformen sowohl für den ambulanten als auch den stationären Sektor vorsah. Der erste Gesetzentwurf lag am 24.10.2006 im Bundestag vor. Äquivalent zu dem anderen Gesetz waren bei diesem ebenso

die Bundesregierung, der Bundesrat, das Bundesministerium für Gesundheit und diverse Ausschüsse wie federführend der Ausschuss für Gesundheit, der Finanzausschuss sowie der Ausschuss für Arbeit und Soziales, der Rechtsausschuss etc. beteiligt. Dieses Gesetz bedurfte im Gegensatz zu dem HBegIG der Zustimmung des Bundesrates. Am 02.02.2007 wurde das Gesetz verabschiedet, am 16.02.2007 erteilte der Bundesrat seine Zustimmung. Es trat am 26.03.2007 in Kraft. Dieses Gesetz, das deutlich umfassender als das HBegIG aus dem Jahr 2014 war, wurde ebenso innerhalb von 5 Monaten umgesetzt (Deutscher Bundestag, 2014a).

Insgesamt zeigen die vorangegangenen, beispielhaften Gesetze, dass die Festlegung eines neuen Bundeszuschusses grundsätzlich in weniger als einem halben Jahr möglich ist. Die Verabschiedung eines Gesetzes, das die Erhöhung des derzeitigen Bundeszuschusses vorsieht, wäre zeitlich folglich bis zum 01.01.2024 realisierbar – es bleibt jedoch zu erwähnen, dass die eingangs in diesem Abschnitt erwähnte Definition des Begriffs versicherungsfremde Leistungen sowie eine damit verbundene Berechnungsgrundlage im Vorfeld zu erstellen ist.

3.2 Ansatz 2: Vollfinanzierung der ALG-II-Empfänger:innen durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss

3.2.1 Einordnung

Das Arbeitslosengeld II (ALG-II) grenzt sich von dem Arbeitslosengeld I insofern ab, als dass Letzteres aus den Beiträgen der ALV finanziert wird. Die Höhe des zustehenden Betrags orientiert sich an dem zuletzt erhaltenen durchschnittlichen Arbeitsentgelt. Das Arbeitslosengeld II hingegen finanziert sich durch Steuergelder. Es setzt sich aus einem festgelegten Regelbedarf (monatlicher Pauschalbetrag für Lebensunterhaltungskosten) und den Kosten für Unterkunft und Heizung zusammen (Bundesagentur für Arbeit, o. J.). Die Bezieher:innen des ALG-II erhalten ebenso jegliche Leistungen, die der Versicherungsgemeinschaft zustehen und für die die Krankenkassen die Kosten übernehmen.

Im Jahr 2022 waren insgesamt 2.959.891 ALG-II-Empfänger:innen in der GKV versichert (Bundesministerium für Gesundheit, 2023g). Deren bpE errechnen sich nach § 232a Abs. 1 S. 2 SGB V aus einem Anteil der monatlichen Bezugsgröße, auf die nach § 246 SGB V der ermäßigte Beitragssatz und nach § 242 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB V der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz erhoben werden. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt im Jahr 2023 14,0 % nach § 243 SGB V, der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz liegt in demselben Jahr bei 1,6 % (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a).

Für die Bezieher:innen des ALG-II trägt die Bundesagentur für Arbeit (BA) die Beiträge zur GKV gemäß § 251 Abs. 4 S. 1 SGB V und § 46 SGB II (Bundesrat, 2022). Dies gilt mit Bewilligung der beantragten Leistung in der Regel auch rückwirkend (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b). Die Zuzahlungen für Medikamente und Hilfsmittel sind von ihnen nach § 62 SGB V bis zu der sogenannten Belastungsgrenze zu tragen, deren Berechnungsgrundlage für ALG-II-Empfänger:innen der Regelsatz des Haushaltes bildet. Sie haben höchstens 2,0 % des Regelsatzes, Chroniker:innen maximal 1,0 % des Regelsatzes zu tragen. Bei Überschreitung der Belastungsgrenze kann eine Zuzahlungsbefreiung beantragt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2016a).

Der in 3.1.1 erläuterte Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen sieht derzeit die Finanzierung der Ausgaben für die Bezieher:innen des ALG-II nicht vor (Bundesministerium für Gesundheit, 2023i; Meinhardt, 2018). Stattdessen kommen die Beitragzahler:innen für die Differenz zwischen Zuweisungen der ALG-II-Bezieher:innen und den tatsächlich verursachten Kosten auf (Meinhardt, 2018). Der Bundesrat formuliert allerdings in einer Stellungnahme zu dem GKV-FinStG aus dem Jahr 2022, dass es sich bei dem ALG-II-Geld um eine Grundsicherungsleistung für erwerbsfähige

Leistungsberechtigte handelt, die aufgrund des fehlenden eigenen Einkommens zur Existenzsicherung eine Transferleistung des Staates erhalten (Bundesrat, 2022).

Das IGES-Institut berechnete die notwendige kostendeckende Beitragspauschale, die für eine kostendeckende Behandlung der Bezieher:innen notwendig wäre. Diese ergibt sich aus den durchschnittlichen Kosten für den betroffenen Personenkreis. Im Jahr 2016 betrug diese 275,30 Euro pro Versicherten (Albrecht, Dietzel, Ochmann & Schiffhorst, 2017), dem standen 90 Euro tatsächlich gezahlte Pauschale gegenüber. Im Jahr 2020 hätte ein kostendeckender Betrag bei 340 Euro pro Versicherten gezahlt werden müssen (BKK-Dachverband, 2022). Somit sind die Beträge in Bezug auf die tatsächlichen Ausgaben nicht kostendeckend. Im Koalitionsvertrag von 2021 ist jedoch die Kostenübernahme der GKV-Beiträge für die ALG-II-Bezieher:innen durch Steuergelder festgeschrieben (SPD et al., 2021). Bislang wurden allerdings keine veränderten Finanzierungsvorschläge von Seiten der Politik umgesetzt.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Einnahmen und die Ausgaben der Krankenkassen für die Gruppen der ALG-II-Bezieher:innen im Jahr 2016 dar. Das IGES Institut schätzt die Einnahmen anhand der KJ1-Statistik des BMG von 2016 (Bundesministerium für Gesundheit, 2017) und der Daten der BA (Bundesagentur für Arbeit, 2017). Die expliziten Leistungsausgaben sind in keinen amtlichen Statistiken abgebildet, weswegen sie auf bereitgestellte Daten der gesetzlichen Krankenkassen zurückgriffen (Albrecht et al., 2017). Insgesamt betragen die Leistungsausgaben der ALG-II-Bezieher:innen 15,5 Mrd. Euro. Demgegenüber stehen Beitragseinnahmen i. H. v. 5,9 Mrd. Euro. Das entstehende absolute Saldo beträgt demnach 9,6 Mrd. Euro (Tabelle 6), dessen Betrag sich allerdings auf rund 6,1 Mrd. Euro verringert, werden die bereits berücksichtigten Leistungsausgaben für Familienangehörige von diesem abgezogen. Bei den bereits berücksichtigten Leistungsausgaben handelt es sich um die Finanzierung einer versicherungsfremden Leistung, die durch den Bundeszuschuss i. H. v. 14,5 Mrd. Euro nach § 221 SGB V gedeckt ist. Die Einnahmen deckten die Leistungsausgaben der ALG-II-Bezieher:innen im Jahr 2016 zu 38,0 %.

Tabelle 6: Einnahmen und Ausgaben der ALG-II-Bezieher:innen
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Albrecht et al., 2017

Gruppe	Gesamtausgaben in Mio. Euro	Beitragseinnahmen insgesamt in Mio. Euro	Saldo in Mio. Euro	Deckungsquote in Prozent
ALG-II-Bezieher:innen	12.698	3.968	-8.730	31
Aufstocker:innen erwerbstätig¹³	2.275	1.696	-579	75
Aufstocker:innen erwerbslos (ALG-I)¹⁴	513	232	-281	45
Gesamt	15.486	5.896	-9.590	38

3.2.2 Wirkung

Die Vollfinanzierung der Leistungsausgaben der ALG-II-Empfänger:innen durch den Bund als eine versicherungsfremde Leistung würde die derzeit bei den Beitragszahler:innen liegenden Kosten an die Steuerzahler:innen umverteilen. Wie auch in 3.1.2 erläutert, wird die Versichertengemeinschaft

¹³ Unter erwerbstätigen Aufstocker:innen sind ALG-II-Bezieher:innen zusammengefasst, die weitere bpE erzielen (aus geringfügiger Beschäftigung, ALG-I oder aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung).

¹⁴ Diese beziehen zusätzlich zum ALG-II ALG-I.

finanziell entlastet. Dies führt in Bezug auf die Stellungnahme des Bundesrates zu einer gerechteren Finanzierung, da es sich bei der Kostenübernahme der GKV-Beiträge für die ALG-II-Bezieher:innen um eine Grundsicherungsleistung handelt, die keiner Versicherungsleistung entspricht, deren Ausgaben von der GKV-Versichertengemeinschaft zu tragen sind (Bundesrat, 2022). Zudem würde die Begleichung des Saldos durch den Bundeszuschuss dazu beitragen, dass die Finanzlage der Kassen und demnach die Beitragssätze der Versicherten durch die Entlastung stabilisiert werden können.

Anders als in 3.1.2 dargestellt, handelt es sich bei diesem Ansatz um die Vollfinanzierung ausschließlich einer versicherungsfremden Leistung, sodass diese nur einen Teil der finanziellen Wirkung ausmacht. Konkret wird der in 2024 prognostizierte Finanzbedarf von 14,1 Mrd. Euro so um 6,1 Mrd. Euro geschmälert, sodass sich ein verbleibender Finanzbedarf i. H. v. 8,0 Mrd. Euro ergibt. Die für die Vollfinanzierung der Leistungsausgaben benötigte Summe würde die Summe zu 43,3 % abdecken. Für das Jahr 2024 entsprechen 16,7 Mrd. Euro einem Beitragssatzpunkt (s. 3.1.2). Die Entlastung um 6,1 Mrd. Euro würde zu einer Reduktion des Zusatzbeitragssatzes um 0,4 Prozentpunkte führen können. Für 2025 verblieben nach Abzug des vollfinanzierten zusätzlichen Finanzbedarfs von den 18,0 Mrd. Euro 11,9 Mrd. Euro. In diesem Jahr würde dieser rund 33,9 % des zusätzlichen Finanzbedarfs entsprechen. Äquivalent zu den Berechnungen im Jahr 2024 könnten die Minderausgaben zu einem gesenkten Zusatzbeitragssatz von 0,4 Prozentpunkten führen (ein Beitragssatzpunkt $\hat{=}$ 17,2 Mrd. Euro; s. 3.1.2). Auch in den Folgejahren wird der Anteil an dem zusätzlichen Finanzbedarf prozentual abnehmen. Die verbleibende Summe müsste anderweitig finanziert werden und so durch die Beitragszahler:innen abgegolten werden.

3.2.3 Folge

Die Differenz aus den Einnahmen und Ausgaben soll entsprechend – wie bereits oben erläutert – durch die Erhöhung des Bundeszuschusses finanziert werden. Die Finanzierung der ALG-II-Empfänger:innen gilt dann als versicherungsfremde Leistung. Die dafür angesetzten 6,1 Mrd. Euro würden durch den Bund übernommen werden und stünden folglich für andere Ausgabenbereiche des Bundeshaushaltes nicht zur Verfügung. Wie bereits in 3.1.4 erläutert, verfolgen Steuern insb. das Ziel, einen finanziellen Ausgleich zwischen sozialen Unterschieden zu schaffen (Bundesministerium für Finanzen, o. J.a). Die finanzielle Last wird minimiert, ohne die Versorgung zu beeinträchtigen. Mit der Vollfinanzierung ihrer Leistungsausgaben würde der Staat demnach die benachteiligte Gruppe unterstützen und gleiche Bedingungen zwischen ihnen und den Nicht-ALG-II-Empfänger:innen herstellen. Somit kommt der Staat seiner Aufgabe nach, aus der sich die Besteuerung ergibt.

Die Finanzierung der Leistungen für ALG-II-Empfänger:innen als versicherungsfremde Leistung würde zu einer Entlastung der Krankenkassen und indirekt der Versichertengemeinschaft um rund 6 Mrd. Euro führen (Ausschuss für Gesundheit, 2022). Weiterhin würde dennoch die BA für die Beitragszahlung der ALG-II-Empfänger:innen aufkommen. Wenn sich der Gesetzgeber dazu entschließt, über den Bundeszuschuss die Vollfinanzierung der Leistungen für ALG-II-Empfänger:innen sicherzustellen, dann sollte der dafür notwendige Betrag regelmäßig und langfristig dynamisiert werden, sodass die einmal geschlossene Finanzlücke im zeitlichen Verlauf nicht erneut entsteht – aufgrund der unter 3.1.3 angesprochenen Differenz aus dem jährlichen Ausgabenwachstum i. H. v. 5,0 % und dem Einnahmenwachstum i. H. v. 4,5 % (Ochmann & Albrecht, 2022).

Des Weiteren können durch die Finanzierung der Ausgaben der ALG-II-Bezieher:innen die Beitragssätze insofern stabilisiert werden, als dass die steigenden Ausgaben nicht mehr durch die Versichertengemeinschaft zu finanzieren wären. Eine solche Beitragssatzstabilität geht unmittelbar mit der Stabilisierung der Lohnnebenkosten einher.

Darüber hinaus würden mit diesem Ansatz zukünftige Schwankungen bei der Zahl der ALG-II-Bezieher:innen nicht mehr die Finanzsituation der Krankenkassen beeinflussen und deren Finanzierung planbarer machen.

Die Vollfinanzierung der Leistungsausgaben dieser Versichertengruppe würde den Bereich der ALG-II-Bezieher:innen von der zukünftigen Debatte um den zusätzlichen Finanzbedarf in der GKV ausschließen, gleichwohl wäre die Grundsatzdiskussion um das Thema nicht beendet. Der entsprechende Deckungsanteil hätte keine Wirkung mehr auf den Beitragssatz. Außerdem hätte die Vollfinanzierung der Leistungen für ALG-II-Empfänger:innen ein geringeres finanzielles Ausmaß als die Vollfinanzierung jeglicher versicherungsfremder Leistungen, sodass weniger Bundesmittel in anderen Sektoren für die Begleichung der Kosten gekürzt werden müssten.

3.2.4 Umsetzbarkeit

Für die Darstellung der Umsetzbarkeit dieser Maßnahme wird auf Abschnitt 3.1.4 verwiesen. Die Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bundeszuschuss ist modellhaft in diesem Abschnitt dargestellt worden. Zunächst muss die Finanzierung der Leistungsausgaben allerdings als versicherungsfremde Leistung definiert werden. Wie in Abschnitt 3.1.4 ersichtlich, wurden für die Umsetzung vergleichbarer Gesetze rund fünf Monate benötigt, weshalb ebenso in diesem Ansatz davon auszugehen wäre, dass eine gesetzliche Änderung, die die Vollfinanzierung der Leistungen für ALG-II-Empfänger:innen vorsieht, zeitlich bis zum 01.01.2024 umsetzbar wäre.

3.3 Ansatz 3: Senkung der Mehrwertsteuer für Arznei- und Hilfsmittel

3.3.1 Einordnung

Grundsätzlich wird nach § 12 Abs. 1 Umsatzsteuergesetz (UstG) auf jeden steuerpflichtigen Umsatz eine Mehrwertsteuer von 19 % erhoben. Im Jahr 2018 erzielte der Staat 175 Mrd. Euro durch die Mehrwertsteuer (Albert, 2019). Neben dem Steuersatz von 19 % entfällt auf ausgewählte Güter und Dienstleistungen ein ermäßigter Steuersatz von 7 % nach § 12 Abs. 2 UstG. Dieser ermäßigte Steuersatz wird insbesondere auf Waren der Grundversorgung angewandt, um die Verbraucher:innen zu entlasten und für den Großteil bezahlbar zu machen. Dieser gilt für verschiedenste Lebensmittel sowie Prothesen, künstliche Gelenke, aber auch Bücher und Zeitungen (Albert, 2019). Diskutiert werden kann demnach, weshalb Arznei- und Hilfsmittel nicht zu der Grundversorgung gezählt und mit den zuvor genannten Produkten gleichgestellt werden. Im Gegensatz dazu werden auf die ärztliche und die Krankenhausbehandlung, Diagnostik, Rettungsdienste und anderes gar keine Mehrwertsteuer erhoben (Albert, 2019).

Arzneimittel

Unter Arzneimitteln sind nach § 2 Abs. 1 AMG die Stoffe oder Zubereitungen zu verstehen, die am oder im menschlichen Körper angewandt werden können und der Heilung, Linderung oder Verhütung menschlicher Erkrankungen dienen, um physiologische und psychische Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu beeinflussen oder eine medizinische Diagnose zu erstellen (AMG – Arzneimittelgesetz). Es kann zwischen verschreibungspflichtigen (Rx) Arznei- und Betäubungsmitteln, apothekenpflichtigen (OTC = „over the counter“) und frei verkäuflichen Arzneimitteln unterschieden werden (AOK-Bundesverband, 2023).

Der Preis der Arzneimittel ergibt sich nach verschiedenen Zu- und Abschlägen. Auf den Verkaufspreis oder auch Herstellerabgabepreis wird zunächst ein Großhandelszuschlag von 3,15 % zuzüglich

0,70 Euro nach § 2 AMPreisV und ein Herstellerabschlag von 12 % des Brutto-Herstellerabgabepreises gemäß § 130a Abs. 1b SGB V berechnet. Auf den sich nun ergebenden Apothekeneinkaufspreis kommt ein Apothekenzuschlag von 3 % zuzüglich 8,35 Euro, ein Notdienstzuschlag von 0,21 Euro und ein Förderzuschlag für pharmazeutische Dienstleistungen von 0,20 Euro nach § 3 AMPreisV hinzu. Dieser Netto-Apothekenverkaufspreis wird derzeit mit der Mehrwertsteuer von 19 % nach § 12 Abs. 1 UStG berechnet und entspricht schließlich dem Apothekenverkaufspreis. Abgezogen von dem Preis wird der gesetzlich festgelegte Apothekenabschlag von 2,00 Euro nach § 130 Abs. 1a SGB V (ABDA, 2023). Die Versicherten haben nach § 61 SGB V eine Zuzahlung zu leisten, die sich auf 10,0 % des Apothekenverkaufspreises, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro, jedoch nicht mehr als den tatsächlichen Preis beläuft (Bundesministerium für Gesundheit, 2022h).

Hilfsmittel

Als Hilfsmittel definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung durch eine ersetzende, unterstützende oder entlastende Wirkung zu sichern, eine drohende Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dazu zählen u. a. Seh- und Hörhilfen (Brillen, Hörgeräte), Körperersatzstücke (Prothesen) und orthopädische Hilfsmittel (orthopädische Schuhe, Rollstühle). Die GKV übernimmt die Kosten ausschließlich für die sich im sogenannten Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) befindlichen Produkte (G-BA, 2023). Auch auf diese kommt der Mehrwertsteueraufschlag von 19 % hinzu.

3.3.2 Wirkung

Die Senkung des Steuersatzes für Arznei- und Hilfsmittel von 19 % auf 7 % führt zu einer dauerhaften Entlastung der GKV-Finanzlage (GKV-Spitzenverband, 2022b). Die Mehrwertsteuersenkung auf 7 % bei Arzneimitteln würde auf der Ausgabenseite der GKV 4,7 bis 6 Mrd. Euro einsparen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, 2022; vdek, 2022b). Für Hilfsmittel ergeben sich Minder Ausgaben von 0,6 Mrd. Euro (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, 2022). Insgesamt können somit zwischen 5,3 Mrd. und 6,6 Mrd. Euro eingespart werden.

Im Jahr 2024 resultiert aus der Einsparung von 5,3 Mrd. bis 6,6 Mrd. Euro ein verbleibender zusätzlicher Finanzbedarf i. H. v. 7,5 bis 8,8 Mrd. Euro der anfänglichen 14,1 Mrd. Euro. Damit wird der zusätzliche Finanzbedarf zu 37,5 % bis 46,7 % gedeckt. Umgewandelt in Beitragssatzpunkte ergibt sich für das Jahr 2024 eine potenzielle Verringerung des Zusatzbeitragssatzes von 0,32 bis 0,40 Prozentpunkten, gemessen an dem Wert von 16,7 Mrd. Euro, die einem Beitragssatzpunkt im Jahr 2024 entsprechen sollen (3.1.2).

Im Jahr 2025 ergibt sich nach Abzug der Summen von 18,0 Mrd. Euro ein zusätzlicher Restfinanzbedarf zwischen 11,4 Mrd. Euro bis 12,7 Mrd. Euro. Somit wären 29,4 % bis 36,7 % des fehlenden Finanzvolumens im Jahr 2025 durch diese Maßnahme gedeckt. Gemessen an dem für das Jahr prognostizierten Wert für einen Beitragssatzpunkt i. H. v. 17,2 Mrd. Euro (s. 3.1.2) ergibt sich eine potenzielle Reduktion des Zusatzbeitragssatzes um 0,3 bis 0,4 Prozentpunkte. Auch hier zeigt sich eine prozentual zunehmende Unterdeckung der fehlenden GKV-Mittel für die kommenden Jahre. De facto reicht diese Maßnahme allein nicht aus, um den zusätzlichen Finanzbedarf angemessen zu kompensieren.

Zudem führt eine Vereinheitlichung des Mehrwertsteuersatzes bei jeglicher Form von Arznei-, Hilfsmitteln und Medizinprodukten zu bürokratischer Entlastung und Klarheit. Die derzeit geltenden unterschiedlichen Mehrwertsteuersätze je nach Anwendung oder Produkt führen zu Rechtsunsicherheit aufgrund der fehlenden Abgrenzung oder Definition. So verfallen auf Herzschrittmacher und

Elektroden beispielsweise unterschiedliche Mehrwertsteuersätze (Bundesverband Medizintechnologie e.V., 2022).

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die reale Ersparnis von dem Ausgabenwachstum der Arznei- und Hilfsmittel abhängt. Die Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben steigen schätzungsweise jährlich um rund 5,0 % an (Hild & Maydell, 2022). Insgesamt beliefen sich die Ausgaben aller Versicherten im Jahr 2021 auf 46,6 Mrd. Euro (\cong 16,4 % der Gesamtausgaben) (Bundesministerium für Gesundheit, 2022c). Unklar sind allerdings die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Ausgabenwachstum (Bach, o. J.). Bis 2040 wird mit einem Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben um insgesamt 40 % gerechnet (Hofbauer-Milan, Fetzer & Hagist, 2023). Bis 2060 könnten sich die Ausgaben mehr als verdoppeln.

Im Jahr 2023 belaufen sich die Gesamtausgaben für Arzneimittel auf 48,9 Mrd. Euro (Bundesministerium für Gesundheit, 2023e). Die Veränderungsrate von 10 % ergibt das für 2024 erwartbare Finanzvolumen für Arzneimittel i. H. v. 53,8 Mrd. Euro. Das würde einem Anteil von 17,2 % bei einem prognostizierten Volumen an Gesamtausgaben i. H. v. 313,0 Mrd. Euro entsprechen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023e).

Die Fortschreibung dieser Berechnung führt zu annehmbaren Arzneimittelausgaben i. H. v. rund 59,2 Mrd. Euro im Jahr 2025¹⁵. Das würde einem Anteil von 18,0 % bei einem prognostizierten Volumen an Gesamtausgaben i. H. v. 328,6 Mrd. Euro entsprechen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023e). Ebenso steigen die Ausgaben für Hilfsmittel in der GKV um rund 5 % jährlich (GKV-Spitzenverband, o. J.a). Im Jahr 2021 bildeten die Ausgaben für Hilfsmittel mit 9,8 Mrd. Euro 3,6 % der Gesamtausgaben i. H. v. 272,2 Mrd. Euro der GKV ab (Bundesministerium für Gesundheit, 2021b; GKV-Schätzerkreis, 2021).

Für das Jahr 2024 ergibt sich durch den jährlichen Anstieg von 5,0 % eine Summe von 11,5 Mrd. Euro, die 3,7 % der Gesamtausgaben von rund 313,0 Mrd. Euro ausmacht. Im Jahr 2025 steigen die Kosten für Hilfsmittel auf 12,1 Mrd. Euro an und entsprechen folglich 3,7 % der Gesamtausgaben i. H. v. 328,6 Mrd. Euro. Erhöhte Arznei- und Hilfsmittelpreise verursachen zwangsläufig ebenso höhere Entlastungen durch die Absenkung der Mehrwertsteuer. Die Wirkung von erhöhten Arznei- und Hilfsmittelpreisen auf die Verbraucher:innen ist nicht Teil dieser Expertise, dennoch muss diese berücksichtigt werden.

3.3.3 Folge

Die hier untersuchte Maßnahme hat eine positive Wirkung auf die Beitragssatzstabilität in der GKV. Zugleich würde sie dem Bund Steuereinnahmen entziehen, die entweder durch eine Ausweitung der Steuern in anderen Bereichen ausgeglichen würde oder den Finanzhaushalt schmälert.

Die Senkung der Mehrwertsteuer von 19 % auf 7 % und die eingesparten Gelder i. H. v. 5,3 Mrd. bis 6,6 Mrd. Euro auf der Ausgabenseite entlasten die Beitragszahler:innen der GKV, die die Mehrwertsteuerbelastung sowohl durch die Zuzahlungen bei Arznei- und Hilfsmitteln als auch durch die Beitragssätze zu tragen haben (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, 2022). So erfolgt eine finanzielle Entlastung von Versicherten und Arbeitgeber:innen bei gleichbleibender Versorgungsqualität. Zudem erfolgt mit der Senkung eine plausiblere und einheitlichere Anwendung des

¹⁵ Dieser Betrag ergibt sich aus dem prognostizierten Summe der Arzneimittelausgaben des Jahres 2024 i. H. v. 53,8 Mrd. Euro verrechnet mit der Wachstumsrate von 10 % (Hofbauer-Milan et al., 2023).

ermäßigten Steuersatzes, der grundsätzlich für Güter und Dienstleistungen der Grundversorgung vorgesehen ist.

Dieser Ansatz kann den fehlenden zusätzlichen Finanzbedarf der GKV nur anteilig kompensieren und deren Anteil wird prozentual geringer werden. Da zugleich eine Dynamisierung des Mehrwertsteuersatzes nicht möglich ist, wird der Effekt in den Folgejahren einen abnehmenden Einfluss nehmen.

Des Weiteren hängt die eingesparte Summe ebenso mit den gewährten Rabattverträgen zusammen, die nach § 130a Abs. 8 SGB V zwischen den einzelnen Krankenkassen und den pharmazeutischen Unternehmen möglich sind. Insbesondere für Arzneimittel liegen bei den Krankenkassen unterschiedliche Rabattverträge vor. Teilweise entfallen durch die Rabattverträge die Zuzahlungen für die Versicherten (Bundesministerium für Gesundheit, 2016b). Entfällt die Zuzahlung und erfolgt die Senkung der Mehrwertsteuer, ist das finanzielle Volumen dieses Ansatzes vermutlich als geringer anzunehmen. Im Rahmen der für diese Expertise vorliegenden Datengrundlage kann die Wirkung nicht weiter konkretisiert werden, sodass das explizite Ausmaß nicht abschließend dargestellt werden kann.

Bei einer möglichen Umsetzung dieses Ansatzes wäre in der Folgezeit das konkrete Thema der Senkung der Mehrwertsteuer für Arznei- und Hilfsmittel auf den ermäßigten Steuersatz zwar nicht mehr Kern der Debatte – gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass die Grundsatzfrage, ob und in welcher Höhe der Bund Steuern einnehmen sollte, die auf Grundlage von Gesundheitsausgaben entstehen, u. U. noch nicht beendet.

3.3.4 Umsetzbarkeit

Die Maßnahme der Reduzierung der Mehrwertsteuer und Absenkung auf das Niveau von 7 % für Arznei- und Hilfsmittel ist gesetzgeberisch und administrativ schnell umsetzbar. Es ist kein triftiger Grund bekannt, warum Arznei- und Hilfsmittel einer höheren Mehrwertsteuer unterliegen als bspw. Lebensmittel nach Anlage 2 zu § 12 II Nr. 1, 2, 12, 13, 14 UStG. Zudem ist die Regelung in vielen EU-Mitgliedsstaaten umgesetzt (GKV-Spitzenverband, 2022b).

Auch in Deutschland konnten in den vergangenen Jahren kurzfristig Gesetze verabschiedet werden, die die Senkung der Mehrwertsteuer bewirkten. Im Jahr 2022 wurde das Gesetz zur temporären Senkung des Umsatzsteuersatzes auf Gaslieferungen über das Erdgasnetz beschlossen. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung lag am 20.09.2022 vor. Beteiligt am Gesetzgebungsverfahren waren außerdem federführend der Finanzausschuss, der Ausschuss für Angelegenheiten der Europäischen Union, für Klimaschutz und Umwelt sowie der Haushaltsausschuss, der Wirtschaftsausschuss und der Rechtsausschuss. Das Gesetz bedurfte der Zustimmung des Bundesrates, die er am 07.10.2022 erteilte. Es ist am 30.09.2022 verabschiedet worden, am 01.10.2022 in Kraft getreten und am 19.10.2022 verkündet worden (Deutscher Bundestag, 2022). Für die Umsetzung dieses Gesetzes wurde demnach ein Monat benötigt.

Es muss bei diesem Gesetzgebungsverfahren beachtet werden, dass die schnelle Umsetzung der Dringlichkeit der Lage geschuldet war, die der russische Angriffskrieg auf die Ukraine und die damit einhergehenden gestiegenen Gaspreise verursachten.

Eine weitere befristete Absenkung der Mehrwertsteuer von 19 % auf 16 % bzw. des ermäßigten Mehrwertsteuersatzes von 7 % auf 5 % wurde 2020 in Folge des zweiten Gesetzes zur Umsetzung steuerlicher Hilfsmaßnahmen zur Bewältigung der Corona-Krise beschlossen (Bundesregierung, 2020a). Das Gesetz sah neben der Senkung der Mehrwertsteuer ebenso weitere steuerliche Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie-Folgen vor. Der erste Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD lag am 16.06.2022 vor. Das Gesetz bedurfte der Zustimmung des Bundesrates, welche er am

29.06.2020 erteilte. Verkündet wurde es ebenso am 29.06.2020 und trat am 01.07.2020 in Kraft (Deutscher Bundestag, 2020b). Auch bei diesem Gesetz gilt, dessen Gesetzgebungsvorgang nur rund zwei Wochen benötigte, dass es sich um ein Gesetz zur Bekämpfung der Pandemiefolgen handelte. Gleichwohl scheint eine Umsetzung des hier diskutierten Ansatzes bis zum 01.01.2024 realistisch.

3.4 Ansatz 4: Einführung einer Gesundheitsabgabe auf Alkohol und Tabak

3.4.1 Einordnung

Zweckbindung und Lenkungswirkung

Der nachfolgend diskutierte Ansatz ist in Bezug auf die Einnahmewirkung für die GKV eine rein theoretische Diskussion. Steuern sind hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Erhebung und Verwendung definitionsgemäß nicht zweckgebunden. Die Verwendung von Steuermitteln ist damit nicht auf eine bestimmte Steuerart zu beziehen. Das Äquivalenzprinzip greift hier nur als gruppenbezogenes Äquivalenzprinzip, wenn die Summe aller öffentlicher Leistungen in Beziehung zur Summe aller Steuereinnahmen gebracht wird (Höpfner et al., 2020).

Weil die Verwendung und Erhebung von Steuern nicht im direkten, auf konkreter Ebene abbildbaren Zusammenhang stehen, lässt sich auch kein operativer Zusammenhang herstellen, dass die Erhöhung der Verbrauchsteuern auf Alkohol und Tabak ganz oder teilweise zur Verwendung von Gesundheitskosten genutzt werden würde. Dennoch gibt es einzelne Beispiele, die den Grundsatz der nicht gegebenen Zweckbindung durchbrochen haben (bspw. ist dies mit dem Solidaritätszuschlag erfolgt). Gleichwohl ist davon auszugehen, dass der Ansatz „Einführung einer Gesundheitsabgabe auf Alkohol und Tabak“ keine reale Möglichkeit impliziert, direkt zu einer einnahmebezogenen Schließung der Finanzierungslücke der GKV beizutragen.

Steuern können neben ihrer fiskalischen jedoch auch eine Lenkungswirkung haben (Bundesministerium für Finanzen, o. J.a). In dem hier besprochenen Ansatz lässt sich vor allem das Potenzial für eine ausgabenseitig relevante finanzielle Wirkung für die GKV konstatieren, die sich aus einer Lenkungswirkung der hier diskutierten Verbrauchsteuern ergibt. Durch Erhöhung dieser Verbrauchsteuern steigt der Produktpreis, der, wie nachfolgend noch aufzuzeigen sein wird, zu einem reduzierten Konsum von Alkohol und Tabak führen kann. Insbesondere (in Bezug auf solche Genussmittel) konsumduzierte Krankheiten können so eingeschränkt werden, wodurch Krankheitskosten bei solchen Erkrankungen reduziert werden können.

Steuern auf alkoholhaltige Getränke

In Deutschland unterliegen alkoholische Getränke unterschiedlichen Steuersätzen. Auch begrifflich werden diese voneinander abgegrenzt. Bis 2017 fiel die sogenannte Alkoholsteuer unter den Begriff der Branntweinsteuer. Sie wurde zum 1. Januar 1993 in der Europäischen Union eingeführt (Bundesministerium für Finanzen, o. J.b). Die seit dem 1. Januar 2018 geltende harmonisierte Verbrauchsteuer „Alkoholsteuer“ (\cong Spirituosensteuer), die die Branntweinsteuer in Folge des Branntweinmonopolabschaffungsgesetzes ablöste (Deutscher Bundestag, o. J.), wird nach §§ 1 Abs. 1 AlkStG und 1 Abs. 2 Nr. 1, 2 AlkStG auf Alkohol und alkoholische Waren angewandt, die einen bestimmten Gehalt an Volumenprozent aufweisen. Dazu zählen insbesondere Spirituosen. Die Alkoholsteuer bezieht sich auf die Alkoholmenge, die in Hektoliter reinem Alkohol (hl A) angegeben wird, gemessen bei 20,0 Grad Celsius nach § 2 Abs. 1 AlkStG.

Der Regelsatz der Steuer beläuft sich nach § 2 Abs. 1 AlkStG auf 1.303 Euro/hl A. Seit der Einführung der Steuer kam es zu keiner Veränderung der Höhe. Neben der angesprochenen Alkoholsteuer gibt

es zudem die Bier-, die Schaumwein-, die Zwischenerzeugnis- und die Alkopopsteuer in Deutschland. Auf diese fallen jeweils unterschiedliche Steuersätze an. So beträgt die Biersteuer 9,4 Euro je Hektoliter (Bundesministerium für Finanzen, o. J.c), die Schaumwein- und Zwischenerzeugnissteuer 136 Euro je Hektoliter (§ 2 SchaumwZwStG) und die Alkopopsteuer 5.550 Euro je Hektoliter (§ 2 AlkopopStG). Auf Wein werden in Deutschland keine Steuern erhoben. Äquivalent zu der Alkoholsteuer werden meist ebenso die zuvor genannten Steuersätze anhand des Hektoliters reinem Alkohol gemessen. Deutschland zählt trotz der Senkung im Verbrauch an Alkohol von 14,4 Litern Reinalkohol im Jahr 1970 auf 10,2 Litern Reinalkohol im Jahr 2019 pro Bundesbürger:in ab 15 Jahren als ein Hochkonsumland (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2022).

Im Jahr 2021 brachten die Alkoholsteuern (inklusive Schaumwein- und Zwischenerzeugnis-, Bier- und Alkopopsteuern) Einnahmen von 3,0 Mrd. Euro. Mit rund 70 % macht die Alkoholsteuer den größten Anteil der Steuern auf alkoholische Getränke aus. Im Jahr 2021 ergaben sich Einnahmen durch diese Steuer i. H. v. 2,1 Mrd. Euro (BSI – Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V., 2022). Diese Summe steht dem Bund zur Verfügung (Bundesministerium für Finanzen, 2022).

Tabaksteuer

Ebenso wie die Alkoholsteuer fällt die Tabaksteuer unter die harmonisierten Verbrauchsteuern. Sie wurde zum 1. Januar 1993 in der Europäischen Union eingeführt. Die Grundsätze sind in gemeinsamen EU-Richtlinien festgelegt. Die gesetzliche Grundlage bildet das Tabaksteuergesetz (TabStG). Die Steuer umfasst nach §§ 1, 1a und 1b TabStG u. a. Tabakwaren wie Zigarren, Zigarillos, Zigaretten, Rauchtobak und den Tabakwaren gleichgestellte Erzeugnisse, die nicht oder nur zum Teil aus Tabak bestehen. Relevant für die Höhe der Tabaksteuer ist die Menge in Stück (bei Zigaretten, Zigarren und Zigarillos) oder in Kilogramm (Rauchtobak) und der sogenannte Kleinverkaufspreis (Bundesministerium für Finanzen, o. J.d). Dieser entspricht dem Einzelhandelspreis, den der Hersteller je Stück oder pro Kilogramm bestimmt (Zoll, o. J.). Im Jahr 2022 konnten insgesamt 14,2 Mrd. Euro durch die Tabaksteuer eingenommen werden (Deutscher Zigarettenverband, 2023). Dieses Steueraufkommen steht dem Bund zu. Damit ist sie nach der Energiesteuer die ertragreichste Verbrauchsteuer. Den größten Anteil bilden dabei die Fertizigaretten (Bundesministerium für Finanzen, 2022).

3.4.2 Wirkung

Steuern auf alkoholhaltige Getränke

Tabelle 7 stellt die derzeit geltenden Steuersätze auf Alkohol (wie Schaumwein, Bier, Zwischenerzeugnis und Alkopop) dar.

Tabelle 7: Verbrauchsteueraufkommen Alkohol 2021

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BSI, 2022; Bundesministerium für Finanzen, o. J.c; Destatis - Statistisches Bundesamt, 2023

Alkohol	Belastung (je l) reinem Alkohol in Euro	Verbrauchsteueraufkommen in Mio. Euro im Jahr 2021
Spirituosen	13,03	2.089,04
Bier	0,009 ¹⁶	584,37

¹⁶ Der Steuersatz der Biersteuer ergibt sich nach § 2 BierStG aus dem Stammwürzgehalt des Bieres, welcher in Grad Plato gemessen wird. Der Regelsteuersatz beträgt 0,787 Euro je Grad Plato pro Hektoliter.

Schaumwein	1,36 ¹⁷	340,60
Zwischenerzeugnisse	1,02 bzw. 1,53 ¹⁸	22,41
Alkopops	55,50	-5,30 ¹⁹
Gesamtsteuereinnahmen		3.031,12

Anhand einer Beispielberechnung alternativer Steuersätze für Spirituosen sollen die potenziellen Mehreinnahmen durch eine Anhebung des derzeit geltenden Steuersatzes dargestellt werden. Die folgende Tabelle enthält die für diese Berechnung benötigten Daten aus dem Jahr 2020. Es wird dabei beispielhaft eine 0,7 l-Flasche mit einem Alkoholgehalt von 40 Vol-% angenommen. Der Reinalkoholgehalt berechnet sich auf Grundlage der Flaschengröße multipliziert mit dem Alkoholgehalt von 40 Vol-%. Die Steuer pro Flasche ergibt sich aus dem Gehalt an reinem Alkohol pro Flasche verrechnet mit dem derzeit geltenden Steuersatz von 13,03 Euro pro Liter.

Der Preis pro Flasche berechnet sich aus dem Verhältnis der Anzahl an verkauften Flaschen und dem damit verbundenen Umsatz. Das erzielte Steueraufkommen entspricht dem Produkt aus der Steuerhöhe pro Flasche und der Anzahl an verkauften Flaschen. Es ergeben sich teilweise unterschiedliche Werte in der Literatur. So gibt der Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V (BSI) für das Jahr 2020 ebenfalls ein Steueraufkommen von 2,09 Mrd. Euro an (BSI – Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V., 2021). Zwischen dem in Tabelle 8 genannten Wert und dem des BSI liegt demnach eine Differenz von 330,35 Mio. Euro. Diese könnte darauf zurückzuführen sein, dass in den 2,09 Mrd. Euro ebenso der Absatz in Kaufhäusern, Fachhandlungen und in dem Discounter „Aldi“ berücksichtigt wird.

Die angegebene Preiselastizität beschreibt die Nachfrageänderung in Folge eines Preisanstiegs. Der Wert von 1,2 bedeutet, dass bei einer Preiserhöhung von 10 % ein Konsumrückgang von 12 % zu erwarten ist. Somit sind Auswirkungen auf den Umsatz zu erwarten, da die Nachfrage nach Spirituosen elastisch ist.

Tabelle 8: Darstellung der Daten zu Beispielspirituosen
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BSI, 2021

Variabel	Wert
Steuersatz je 1 Liter reinem Alkohol	13,03 Euro
Gehalt reiner Alkohol (0,7 l; 40 Vol-%)	0,28
Preis pro Flasche (0,7 l)	8,71 Euro
Davon Spirituosensteuer pro Flasche (0,7 l)	3,65 Euro
Anteil Spirituosensteuer pro Flasche (0,7 l)	41,9 Prozent
Preis pro Flasche ohne Spirituosensteuer	5,06 Euro
Anzahl Flaschen (0,7 l)	482,31 Mio.
Umsatz	4,20 Mrd. Euro
Steueraufkommen aus Spirituosensteuer	1,76 Mrd. Euro ²⁰

¹⁷ Nach § 2 SchaumwZwStG.

¹⁸ Nach § 30 SchaumwZwStG.

¹⁹ Die Alkopopsteuer erzielt im Jahr 2021 keine Steuereinnahmen, da eine Sonderbewegung im Jahr 2020 von rd. 11 Mio. Euro zum Tragen kam.

²⁰ In der Literatur werden die Steuereinnahmen durch die Spirituosensteuer auf 2,09 Mrd. Euro geschätzt (BSI, 2021).

Preiselastizität	1,2 (Kilian, Rovira, Neufeld, Manthey & Rehm, 2022)
-------------------------	---

Die in Tabelle 8 dargestellten Daten dienen der Berechnung eines alternativen Steuersatzes für die Spirituosen, der die höchsten Steuereinnahmen unter Berücksichtigung des Konsumrückgangs aufgrund des Preisanstiegs (Preiselastizität) generieren würde. Für diese Erkenntnis wird in der nachfolgenden Tabelle 9 der derzeit geltende Spirituosensteuersatz pro 0,7-l-Flasche i. H. v. 3,65 Euro in 10-Prozent-Schritten angehoben und der sich daraus ergebende neue Gesamtpreis pro Flasche errechnet. Dieser ergibt sich aus dem zuvor berechneten Flaschenpreis ohne Spirituosensteuer von 5,06 Euro und dem angepassten Steuersatz der Spirituosensteuer aus der linken Spalte. Außerdem wird die prozentuale Anhebung des Gesamtpreises in Folge der Steuererhöhung dargestellt.

Tabelle 9: Darstellung einer prozentualen Anhebung des derzeit geltenden Steuersatzes von Spirituosen
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BSI, 2021

Erhöhung der Spirituosensteuer in Prozent	Höhe der Spirituosensteuer je Flasche in Euro	Gesamtpreis je Flasche in Euro	Gesamtpreisveränderung in Prozent
0	3,65	8,71	0,0
10	4,01	9,07	4,2
20	4,38	9,44	8,4
30	4,74	9,80	12,6
40	5,11	10,17	16,8
50	5,47	10,53	21,0
60	5,84	10,90	25,1
70	6,20	11,26	29,3
80	6,57	11,62	33,5
90	6,93	11,99	37,7
100	7,30	12,35	41,9

Im Folgenden wird das Produkt der Gesamtpreisveränderung aus der Anhebung des Steuersatzes und dem Preiselastizitätswert von 1,2 gebildet. Dem liegt die vereinfachte Annahme eines linearen Zusammenhangs zwischen Preis und Nachfrage zugrunde. So kann auf den zu erwartenden prozentualen Rückgang an verkauften Flaschen (Nachfrageveränderung) aufgrund eines gestiegenen Preises geschlossen werden (Preiselastizität). Dieser wiederum gibt Auskunft über die tatsächliche Anzahl an verkauften Flaschen. Diese ergibt sich aus dem Produkt der Anzahl der im Jahr 2020 verkauften Flaschen (Tabelle 8, Tabelle 9) sowie dem zuvor berechneten prozentualen Rückgang an verkauften Flaschen.

Der in Tabelle 9 dargestellte Gesamtpreis sowie die Anzahl an verkauften Flaschen ergeben den zu erwartenden Umsatz. Das dazugehörige Steueraufkommen kann ebenfalls mithilfe der Anzahl an verkauften Flaschen sowie dem jeweiligen alternativen Steuersatz berechnet werden. Abschließend dienen die sich aus dem unterschiedlichen Steueraufkommen ergebenden Mehreinnahmen, die die Differenz zwischen dem Steueraufkommen mit den jeweils darunterliegenden Steuereinnahmen bilden, der Identifikation desjenigen Steuersatzes, der die höchsten Mehreinnahmen aus der Spirituosensteuer generieren würde. Dieser würde sich in Folge einer Anhebung des Steuersatzes um 50 % ergeben. Demnach stünden dem Staat Mehreinnahmen i. H. v. 216,2 Mio. Euro zur Verfügung.

Tabelle 10: Preis- und Konsumänderung bei Spirituosen aufgrund einer Steueranhebung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BSI, 2021

Steuererhöhung in Prozent	Gesamtpreisveränderung in Prozent	Rückgang verkaufte Flaschen in Prozent	Absolute Anzahl an verkauften Flaschen in Millionen	Umsatz in Mrd. Euro	Steueraufkommen in Mrd. Euro	Mehreinnahmen in Mio. Euro
0	0,0	0,0	482,30	4,20	1,76	0,0
10	4,2	5,0	458,05	4,16	1,84	78,63
20	8,4	10,1	433,80	4,09	1,90	139,56
30	12,6	15,1	409,54	4,01	1,94	182,79
40	16,8	20,1	385,29	3,92	1,97	208,32
50	21,0	25,1	361,04	3,80	1,98	216,15
60	25,1	30,2	336,78	3,67	1,97	206,29
70	29,3	35,2	312,53	3,52	1,94	178,73
80	33,5	40,2	288,27	3,35	1,89	133,47
90	37,7	45,3	264,02	3,17	1,83	70,51
100	41,9	50,3	239,76	2,96	1,75	10,14

Der hier verdeutlichte Zusammenhang zwischen Steueranhebung, Nachfragerückgang und zu erwartenden steuerlichen Mehreinnahmen ist grundsätzlich bei allen alkoholischen Steuern zu erwarten. Für die konkrete Modellierung werden Informationen über die Preiselastizitäten der entsprechenden Güter sowie die Form des Zusammenhangs zwischen Preis und Nachfrage benötigt. Im Hinblick auf den zeitlichen Rahmen dieser Expertise musste sich auf eine Beispielberechnung beschränkt werden.

Die Höhe einer Abgabe auf alkoholische Getränke bildet demnach nur einen Teil der Gesamtwirkung dieses Ansatzes ab. Die durch die gewinnbringende Steueranhebung um 50 % generierten Mehreinnahmen für die Spirituosensteuer i. H. v. 216,2 Mio. Euro (Tabelle 10) reduziert den zusätzlichen Finanzbedarf im Jahr 2024 von 14,1 Mrd. Euro auf 13,9 Mrd. Euro und macht damit 1,5 % aus. Gemäß den im Jahr 2024 entsprechenden 16,7 Mrd. Euro für einen Beitragssatzpunkt (s. 3.1.2), könnte der Zusatzbeitragssatz um 0,01 Prozentpunkte gesenkt werden. Im Jahr 2025 blieben von dem prognostizierten Finanzbedarf i. H. v. 18,0 Mrd. Euro nach Abzug der Mehreinnahmen 17,8 Mrd. Euro übrig, die es anderweitig zu finanzieren gilt. Demnach tragen die Mehreinnahmen lediglich zu einer Deckung des zusätzlichen Finanzbedarfs zu 1,2 % bei. Im Jahr 2025 ergebe sich, verrechnet mit 17,2 Mrd. Euro pro Beitragssatzpunkt (s. 3.1.2), eine Reduktion um 0,01 Prozentpunkte.

Hinzu kämen die Mehreinnahmen durch die Steueranhebung der Schaumwein- und Biersteuer sowie der finanziell wenig bedeutsamen Einnahmen der Zwischenerzeugnis- und Alkopopsteuer, die den im Jahr 2024 und 2025 entstehenden Finanzbedarf weiter verringern werden. Der genaue Wert müsste anhand weiterer Berechnungen festgestellt werden. Eine derartige finanzielle Wirkung setzt allerdings voraus, dass die so generierten Steuereinnahmen gänzlich dem Gesundheitssystem zugeführt werden, was nach obigen Ausführungen im Kontext Zweckbindung und Äquivalenzprinzip unwahrscheinlich erscheint. Der Effekt auf den Beitragssatz würde in den Folgejahren weiter abnehmen, da sich der zusätzliche Finanzbedarf in der GKV – wie bereits erwähnt – vergrößern würde.

Tabaksteuer

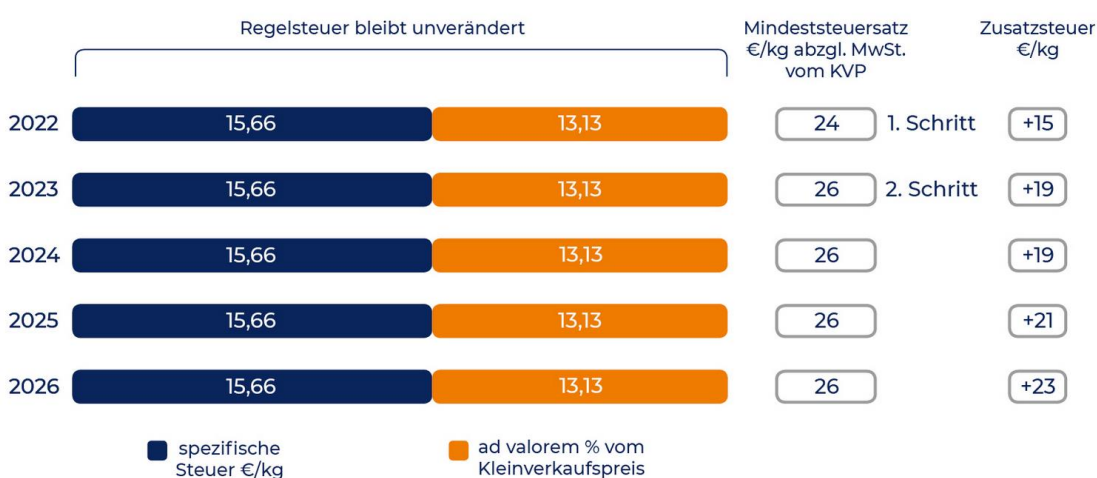
Die Tabaksteuer in Deutschland ist ähnlich differenziert und komplex wie die Steuerarten auf alkoholische Getränke. So gibt es auch für Tabakprodukte unterschiedliche Steuersätze, verschiedene

Produktgruppen und Preiselastizitätswerte, die die Änderung des Konsums bzw. Kaufverhaltens im Verhältnis zu dem Preis abbilden.

Wie auch bei den Steuersätzen auf alkoholische Waren sind weitere Informationen über das Nachfrageverhalten bei gestiegenem Preis notwendig (Preiselastizität), um auf das konkrete finanzielle Ausmaß schließen zu können. Eine Darstellung des erwartbaren Finanzvolumens aus einer zusätzlichen Abgabe aus Tabakerzeugnissen ist aufgrund der Dynamik, Spezifität und Komplexität im Hinblick auf die zeitlichen Möglichkeiten im Rahmen dieser Expertise nicht möglich.

Es gibt beispielsweise jeweils einen spezifischen Steuertarif für Zigaretten, Zigarren und Zigarillos, Feinschnitt, Pfeifentabak, Wasserpfeifentabak, erhitzten Tabak (Head-not-Burn-Produkte) sowie E-Zigaretten. Am Beispiel des Wasserpfeifentabaks soll die Komplexität und die Spezifität der einzelnen Steuersätze verdeutlicht werden.

Steuertarif Wasserpfeifentabak



Besteuerung in vergleichbarer Höhe wie Zigarette

Abbildung 1: Zusammensetzung des Steuertarifs für Wasserpfeifen

Quelle: Bundesverband der Tabakwirtschaft und neuartiger Erzeugnisse, o. J.

Wasserpfeifen unterliegen demselben Steuersatz wie auch Pfeifentabak. Dieser beträgt 15,66 Euro/kg. Wie in Abbildung 1 ersichtlich, handelt es sich um einen Steuersatz, der nicht gleichermaßen für alle Tabakprodukte gilt. Zusätzlich zu der spezifischen Steuer wird ein Anteil des Kleinverkaufspreises (ad valorem in Prozent) i. H. v. 13,13 % bei Wasserpfeifentabak erhoben. Diese beiden Ausgabenposten repräsentieren die Regelsteuer. Hinzu kommt eine zusätzliche Besteuerung, die im Jahr 2023 19 Euro/kg beträgt und dem Jugend- und Gesundheitsschutz dienen soll. Der Mindeststeuersatz liegt im Jahr 2023 bei 26 Euro/kg (abzüglich der MwSt. vom Kleinverkaufspreis) (Bundesverband der Tabakwirtschaft und neuartiger Erzeugnisse, o. J.).

Es wird unter Einbezug der Regelungen für die anderen Tabakprodukte deutlich, dass für jedes Tabakprodukt andere Regelsteuersätze gelten und diese zudem einer Zusatzsteuer unterliegen können. Des Weiteren zeigt die obenstehende Abbildung 1 ebenfalls die bereits vorhandene Dynamik im Hinblick auf Steueranhebungen auf. Das im Jahr 2021 beschlossene Tabaksteuermodernisierungsgesetz (TabStMoG) legte bereits bis 2026 eine regelmäßige, moderate Anhebung der Steuertarife für Zigaretten und Feinschnitt fest (TabStMoG – Tabaksteuermodernisierungsgesetz). Grund dafür waren die Steuersätze, die seit der Einführung des Tabaksteuermodells im Jahr 2013 nicht angepasst worden sind.

Zudem hatten sich seitdem neuartige Produkte auf dem Markt etabliert, deren Besteuerung nicht spezifisch festgelegt worden ist.

Nach § 2 TabStG liegt der Steuersatz für Zigaretten in den Jahren 2023 und 2024 bei 11,15 ct./Stück, 2025 bei 11,71 ct./Stück und in den Jahren 2026 bis Februar 2027 bei 12,28 ct./Stück. Die Zusatzsteuer des Wasserpfeifentabaks erhöht sich in den Jahren 2023 und 2024 auf 19 Euro/kg. 2025 beträgt er 21 Euro/kg und ab dem 01.01.2026 belaufen sich die Zusatzsteuerkosten auf 23 Euro/kg. Zudem werden die E-Zigaretten und die Head-not-Burn-Produkte den Zigaretten gleichgestellt. Der spezifische Steuertarif von E-Zigaretten wird von 0,16 Euro/ml im Jahr 2023 auf 0,20 im Jahr 2024, 0,26 im Jahr 2025 und schließlich auf 0,32 im Jahr 2026 angehoben (Bundesverband der Tabakwirtschaft und neuartiger Erzeugnisse, o. J.). Es sind demnach bereits durch den Gesetzgeber schrittweise Steueranhebungen geplant, die diesen Bereich dynamisieren. Insgesamt sei dementsprechend mit Einnahmen i. H. v. 17,5 Mrd. Euro zu rechnen. Durch die bereits beschlossene Gesetzesänderung in Folge des Tabaksteuermodernisierungsgesetzes rechnet der Staat mit Mehreinnahmen i. H. v. rund 2,8 Mrd. Euro im Jahr 2024 und von rund 3,4 Mrd. Euro im Jahr 2025 (Finanzausschuss, 2021).

Die Einnahmen der Steuern sollen in erster Linie der Sicherung der fiskalischen Interessen des Staates dienen und durch die Steueranhebungen stetige Einnahmen erzielen (Bundesministerium für Finanzen, 2021). Der Bezug zur Finanzierung des Gesundheitssystems ist dabei nicht gegeben. Käme es zu einer vollständigen Finanzierung dieser Mehreinnahmen für das Gesundheitssystem, würden die 2,8 Mrd. Euro im Jahr 2024 den zusätzlichen Finanzbedarf i. H. v. 14,1 Mrd. Euro auf 11,3 Mrd. Euro verringern. Der zusätzliche Bedarf würde demnach zu 19,9 % gedeckt. In Bezug auf die im Jahr 2024 einem Beitragssatzpunkt entsprechenden 16,7 Mrd. Euro (s. 3.1.2), wäre durch die Mehreinnahmen eine Senkung des Zusatzbeitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkte möglich. Im Jahr 2025 blieben von dem zusätzlich benötigten Finanzbedarf i. H. v. 18,0 Mrd. Euro nach Abzug der Mehreinnahmen von 3,4 Mrd. Euro 14,6 Mrd. Euro übrig. Die generierten Mehreinnahmen aus der Tabaksteuer würden 18,9 % der benötigten GKV-Mittel abbilden. Auf Grundlage der einem Beitragssatzpunkt entsprechenden 17,2 Mrd. Euro könnte der Zusatzbeitragssatz um 0,2 Prozentpunkte reduziert werden. Diese Ergebnisse setzen allerdings die eher unwahrscheinliche vollständige Verwendung der Steuermehreinnahmen aus dem Tabaksteuermodernisierungsgesetz im Gesundheitssystem voraus.

3.4.3 Folge

Steuern auf alkoholhaltige Getränke

Die Anhebung der verschiedenen Steuern auf alkoholische Getränke würde zu Mehreinnahmen des Bundes führen, die allerdings aufgrund der ausschließlichen Betrachtung der finanziellen Wirkungen im Kontext der Spirituosensteuer vorliegend nicht abschließend benannt werden können. Die Anhebung der Spirituosensteuer allein hätte ein vergleichsweise geringes finanzielles Volumen. Gleichwohl erzeugt die Umsetzung dieses Ansatzes keine zusätzlichen Aufwände für den Bund. Folglich würde dieser finanziell nicht belastet werden, sodass dieser Ansatz keine Auswirkungen auf alternative Verwendungen des Bundeshaushalts oder die Einhaltung der Schuldenbremse hätte. Anzustreben wäre eine regelmäßige Dynamisierung der Steuersätze, die an das Einnahmen- und Ausgabenwachstum der GKV angepasst wird.

Die Mehreinnahmen stünden in erster Linie dem Staatshaushalt zur Verfügung (Bundesministerium für Finanzen, o. J.a). Inwieweit im haushaltspolitischen Prozess solche zusätzlichen Mittel dann auch für die GKV-Finanzierung freigegeben werden, bleibt offen.

Gleichzeitig ist aber zu erwähnen, dass sich die durch einen schädlichen Alkoholkonsum verursachten Kosten auf 57 Mrd. Euro pro Jahr belaufen, 30 % davon – entsprechend 16,6 Mrd. Euro – entstehen direkt und indirekt im Gesundheitssystem. Die direkten Kosten beinhalten Behandlungs- und Rehabilitationskosten für alkoholbedingte Erkrankungen, Unfälle, Arzneimittel etc. Die restlichen 70 % verkörpern indirekte Kosten, die aufgrund von Produktivitätsverlusten, Frühberentungen etc. entstehen und die Volkswirtschaft betreffen (Schaller, Kahnert, Garcia-Verdugo, Treede, Graen & Ouédraogo, 2022). Der Konsum von Alkohol kann zu 200 verschiedenen Erkrankungen führen, darunter z. B. Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-II-Diabetes sowie Schädigungen des Gehirns und des Nervensystems (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2022). Im Jahr 2022 kam es durch alkoholbedingte Tumorerkrankungen zu rund 8.300 Todesfällen, im Jahr 2020 starben rund 14.200 Menschen an alkoholbedingten Erkrankungen und 40.000 Menschen sterben jährlich an den Folgen des Alkoholkonsums (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2022). Näher wird auf diese Auswirkungen und die potenziellen Kosteneinsparungen durch Steueranhebung im Rahmen dieser Expertise nicht eingegangen.

Seit dem Jahr 2000 hat der Bierkonsum deutlich abgenommen und lag 2020 pro Kopf bei 94,6 Liter Fertigware, wohingegen er 2000 bei 125,5 Liter Fertigware lag. Ebenso gering rückläufig ist der Verbrauch an Schaumwein und Spirituosen. Mit einem Konsum von rund 20 Liter Fertigware ist der Pro-Kopf-Verbrauch von Wein konstant (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2023a). Dies kann durch die fehlende Steuer auf Wein begründet werden, sodass das Kaufverhalten nicht durch etwaige Preissteigerungen beeinflusst wird. Das in dieser Expertise dargestellte Beispiel einer Anhebung der Spirituosensteuer um 50,0 % könnte zu der Vermeidung von 100.300 neuen alkoholbedingten Erkrankungs- und Verletzungsfällen sowie 1.400 Todesfällen beitragen. Unter Berücksichtigung aller alkoholbedingten Erkrankungen könnte die Anhebung jeglicher Verbrauchsteuern auf alkoholische Waren die Verhinderung von 6,9 % der alkoholbedingten inzidenten Krankheitsfälle und von 6,7 % der Todesfälle bewirken (Kilian et al., 2022).

Es kommt dementsprechend zu einer finanziellen Entlastung der Versichertengemeinschaft, ohne die Versorgung zu beeinträchtigen. Dies impliziert ebenfalls die Stabilität der Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber:innen, sodass eine Ausgabensteigerung durch sonst drohende Beitragssatzsteigerungen vermieden werden könnte. Zugleich tragen die Gesunderhaltung und die Vermeidung frühzeitiger Ausstiege aus dem Beruf der Sicherung des gesamtgesellschaftlichen Wohlstands durch eine hohe Produktivität und die stabilisierten Lohnnebenkosten bei, die eine Anhebung der Verbraucherpreise verhindern.

Tabaksteuer

Wie auch bei der Anhebung der Steuer auf alkoholische Produkte hätte der Bund bei der Anhebung der Tabaksteuer Mehreinnahmen, ohne zusätzlichen Ausgaben leisten zu müssen, die den Bundeshaushalt belasten. Diese Maßnahme würde im Vergleich zu der Steueranhebung auf alkoholische Waren zu deutlich höheren Mehreinnahmen führen, wie die Prognose der Regierung zeigt (Finanzausschuss, 2021).

Allerdings muss auch hier auf den fehlenden Zusammenhang zwischen Steuerart und Verwendung der Mittel hingewiesen werden. Ob und in welcher Höhe diese zusätzlichen Mittel zur Finanzierung der GKV eingesetzt würden, bleibt ungewiss. Die Mehreinnahmen fließen in erster Linie dem Staatshaushalt zu (Bundesministerium für Finanzen, o. J.a). Würden die Mittel zur Deckung des zusätzlichen GKV-Finanzbedarfs eingesetzt, könnte dies die Beitragszahler:innen (Mitglieder und Arbeitgeber:innen) in Bezug auf die Einnahmesituation der GKV entlasten.

Das Tabaksteuermodernisierungsgesetz soll neben der Reaktion auf einen veränderten Tabakmarkt und das Konsumverhalten ebenso zu der Stärkung des Gesundheits- und Jugendschutzes beitragen (Lenkungswirkung). Das Gesetz wurde laut dem BMF so konzipiert, dass weitere Steueranpassungen in den Folgejahren vorgesehen sind (Bundesministerium für Finanzen, 2021). Der Konsum an Fertigzigaretten sank im Jahr 2021 um 2,8 % auf 71,8 Mrd. Stück im Vergleich zum Vorjahr, ebenso sank der Feinschnitt-Konsum um 5,6 % auf 24.854 Tonnen. Im Gegensatz dazu stieg der Zigarren/Zigarillos-Verbrauch um 1,4 % auf 2,8 Mrd. Stück im Jahr 2021 an und auch der (Wasser-)Pfeifentabak-Konsum nahm mit 40 % auf 8.387 Tonnen deutlich zu. Dieser folgte damit dem Trend der Vorjahre.

Die Konsumausgaben im Jahr 2021 erhöhten sich um 2,0 % auf 29,4 Mrd. Euro. Die direkten Kosten des Tabakkonsums (Behandlung tabakbedingter Erkrankungen) betragen 30,3 Mrd. Euro, und es wurden 66,9 Mrd. Euro an indirekten Kosten (Produktivitätsausfälle) verursacht (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2022). Rauchen ist für unterschiedlichste Erkrankungen verantwortlich oder an diesen beteiligt. So sind 85,0 % der Todesfälle an Lungenkrebs auf den Konsum von Tabak zurückzuführen. Raucher:innen haben zudem im Gegensatz zu Nichtraucher:innen ein um 65,0 % erhöhtes Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden. Jährlich ist der Tabakkonsum für 127.000 Todesfälle in Deutschland verantwortlich. Davon bedingen rund 30 % Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Deutsches Krebsforschungszentrum, o. J.).

Der Zigarettenabsatz nahm im Jahr 2022 um 8,3 % auf 65,8 Mrd. Stück ab. In den Vorjahren lag der Rückgang bei 2,8 % (2021) bzw. 1,1 % (2020). Diese Erhöhung sei ebenfalls auf die Erhöhung der Steuern und dem damit einhergehenden Konsumrückgang zurückzuführen. Seit 2000 ist der Konsum von Zigaretten und Zigarren/Zigarillos rückläufig. Lag der Zigarettenverbrauch im Jahr 2000 noch bei 139 Mrd. Stück, so sank er im Jahr 2021 auf rund 72 Mrd. Der Verbrauch von Pfeifentabak nahm deutlich zu und ist von 2020 zu 2021 um 40,0 % auf 8.390 Tonnen gestiegen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2023b).

Die Anhebung der Steuern führt zu einem Konsumrückgang (Lenkungswirkung der Steuer), der wiederum tabakbedingte Erkrankungen verringert. Lagen die Krebsneuerkrankungen im Jahr 2020 unter den Männern bei 145.500, so reduziert sich bis zu dem Jahr 2050 bei einer jährlichen Preiserhöhung um 10,0 % (bezogen auf den Handelspreis) die Anzahl an Neuerkrankungen auf 132.900. Ohne eine Preiserhöhung läge die Zahl an Neuerkrankungen bei 156.800. Unter den Frauen würde die Zahl an Krebsneuerkrankungen äquivalent dazu von 92.700 im Jahr 2020 auf 84.600 im Jahr 2050 sinken (Schaller, Kahnert, Graen, Mons & Ouédraogo, 2020). Aufgrund der Dynamisierung der Steuersätze, die sich auch langfristig an den Einkommen und der Inflation orientieren sollten, können nachhaltig Steuereinnahmen generiert werden. Zudem profitiert die GKV indirekt insbesondere aus dem Konsumrückgang und dem damit einhergehenden Schutz der Gesellschaft vor gesundheitlichen Schäden.

Grundsätzlich sollte die Anhebung von Steuersätzen mehrmals erfolgen, damit deutlich der Verkaufspreis erhöhen werden, für alle Produkte ähnlich hoch sein und regelmäßig an Einkommen und Inflation angepasst werden, um wirksam zu sein. Die alleinige Bestimmung von Mindestpreisen, die zwar die Preise erhöhen, wäre weniger dynamisch und die zusätzlichen Einnahmen würden den Unternehmen und nicht an dem Staat zufließen (Schaller et al., 2022).

Ein Ende der Debatte um die Anhebung der Steuern auf Tabak und Alkohol zur Nutzung dieser Mittel für den Bereich des Gesundheitswesens ist nicht zu erwarten, da auch die Erhöhungen der Vergänglichkeit nicht zum Ende der Diskussion geführt haben.

3.4.4 Umsetzbarkeit

Steuern auf alkoholhaltige Getränke

Die in diesem Ansatz diskutierte Anhebung der Alkoholsteuer wird für die zeitliche Umsetzbarkeit mithilfe des Alkoholsteuergesetzes aus dem Jahr 2013 geprüft. Dieses Gesetz, das mit dem Gesetz zur Abschaffung des Branntweinmonopols einherging, wurde am 21.12.2012 erstmalig durch die Bundesregierung vorgestellt. Es bedurfte keiner Zustimmung des Bundesrates. Neben der Bundesregierung beteiligten sich federführend das BMF sowie der Finanzausschuss und der Ausschuss für Agrarpolitik und Verbraucherschutz. Das Gesetz wurde am 21.03.2013 vom Bundestag verabschiedet, am 21.06.2013 verkündet und trat rückwirkend zum 01.01.2013 in Kraft (Deutscher Bundestag, 2013). Insgesamt benötigte die Umsetzung demnach bis zur Verkündung sechs Monate. Grundsätzlich ist die Anhebung sowohl zeitlich für den Zeitraum ab 2024 möglich als auch mithilfe der Schutzfunktion für die Gesellschaft (Effekt der Lenkungswirkung der Steuer) auch begründbar. Diese lässt sich aufgrund der verfügbaren Zahlen über alkoholbedingte Todesfälle, Erkrankungen und Folgekosten für die Versicherungsgemeinschaft bzw. die Volkswirtschaft gut abbilden (Schaller et al., 2022).

Die Umsetzung in Bezug auf die Erzielung von Einnahmen der GKV durch die Steuererhöhung ist allerdings aufgrund der Definition einer Steuer an sich weniger Erfolg versprechend.

Tabaksteuer

Eine Anhebung der Tabaksteuer wurde im vergangenen Jahr durch das Tabaksteuermodernisierungsgesetz auf Grundlage des Tabaksteuergesetzes beschlossen. Darin wurde festgeschrieben, den Steuersatz für Zigaretten, Zigarren und Zigarillos, Feinschnitt, Pfeifentabak, erhitzenden Tabak und Wasserpfeifentabak jährlich schrittweise bis 2026 anzuheben (TabStMoG). Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Finanzen lag am 11.02.2021 vor. Neben dem BMF waren ebenso die Bundesregierung, der Bundesrat, federführend der Finanzausschuss, der Gesundheitsausschuss und der Wirtschaftsausschuss an dem Gesetzesvorhaben beteiligt. Das Gesetz bedurfte keiner Zustimmung des Bundesrates. Am 10. Juni 2021 wurde das Gesetz verabschiedet, am 10.08.2021 verkündet und ist am 01.01.2022 in Kraft getreten. Die Umsetzung des Gesetzes hat demnach fast ein Jahr in Anspruch genommen.

Etwas schneller konnte das Zweite Gesetz zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes verabschiedet werden. Der Gesetzesentwurf lag am 26.05.2020 vor. Beteiligt waren verschiedene Ausschüsse wie der Ausschuss für Gesundheit, Wirtschaft und Energie, Recht und Verbraucherschutz etc. Dieses Gesetz bedurfte der Zustimmung des Bundesrates, welche er am 18.09.2020 erteilte. Verkündet wurde das Gesetz am 23.10.2020, ab dem 01.01.2021 ist es in Kraft getreten (Deutscher Bundestag, 2021c). Dieser Gesetzgebungsvorgang wurde innerhalb von sieben Monaten durchgeführt. Die Anhebung der Tabaksteuersätze ist demnach bereits gesetzlich festgehalten worden. Daraus ergibt sich bereits die geplante Umsetzung des Vorhabens. Zudem sind ebenso weitere Anhebungen wie bereits erwähnt durch das Gesetz möglich, so das BMF (Bundesministerium für Finanzen, 2021). Die Umsetzung bis zum 01.01.2024 ist damit ein ambitioniertes Vorhaben des Gesetzgebers, bei der die Regelung ggf. ebenso rückwirkend gelten sollte, falls der zeitliche Rahmen nicht ausreicht.

Auch hier ist die Umsetzung zur Erhöhung der Einnahmehasis aufgrund der Steuerdefinition mit eher geringem Erfolg zu erwarten. Demgegenüber erscheint jedoch die Umsetzung im Sinne einer Lenkungswirkung der Steuer, die die GKV-Finzen ausgabenseitig senkend beeinflussen kann, als relevantes Instrument.

3.5 Ansatz 5: Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung

3.5.1 Einordnung

Das überwiegende Finanzvolumen, das in den Gesundheitsfonds fließt und über den Morbi-RSA an die gesetzlichen Krankenkassen verteilt wird, generieren die Einnahmen des allgemeinen Beitragssatzes, der an den bpE gemessen und hälftig von Arbeitnehmer:innen sowie Arbeitgeber:innen getragen wird. Hinzu kommen die Einnahmen aus dem Zusatzbeitragssatz, der aus dem Einkommensausgleich ebenfalls an die Krankenkassen verteilt wird. Diese Komponenten verursachen die größten Einnahmen für die GKV (GKV-Schätzerkreis, 2022c). Die Beitragssätze sind hierbei nach § 223 Abs. 2 SGB V an das bemessungsrelevante Einkommen gekoppelt, sodass das Prinzip gilt, dass mit steigendem Einkommen auch der absolute Euro-Betrag, der sich aus dem allgemeinen Beitragssatz nach § 241 SGB V und dem Zusatzbeitragssatz nach § 242 SGB V ergibt, erhöht (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b). Dieser Grundsatz findet bei der Betrachtung der höheren Einkommen jedoch zwei Grenzen. Die eine ist die BBG und die andere die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG).

Die BBG stellt die Grenze der Beitragsbemessung dar. Bis zu dieser Einkommensgrenze sind die Einkommen nach § 223 Abs. 3 SGB V beitragspflichtig. Darüber hinaus gehende Einkommen sind beitragsfrei und werden nicht für die Bemessung der Beitragszahlung in der GKV herangezogen. Auch der Zusatzbeitragssatz, den die Krankenkassen nach § 242 SGB V bei einem zusätzlichen Finanzbedarf erheben, wird ausschließlich auf die bpE erhoben. Diese Grenze entlastet insbesondere Spitzenverdiener:innen, deren prozentualer Anteil an Versicherungsbeiträgen, gemessen am Arbeitsentgelt, mit zunehmendem Gehalt abnimmt. Die BBG der GKV beträgt im Jahr 2023 59.850 Euro jährlich (Bundesregierung, 2023b). Die Höhe der BBG wird jährlich zum 01. Januar per Rechtsverordnung gemäß § 6 Abs. 6 SGB V durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Einvernehmen mit dem Bundesrat neu festgelegt und so an die Einkommensentwicklung angepasst.

Die für das Jahr 2023 in der GKV geltende BBG ist in der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2023 (Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2023 SV-ReGrV) in § 2 Abs. 2 SV-ReGrV 2023 festgelegt.

Die JAEG, auch Versicherungspflichtgrenze genannt, stellt die Grenze dar, bis zu der Arbeiter:innen und Angestellte als Versicherte der GKV einer Pflichtmitgliedschaft in der GKV unterliegen. Die JAEG liegt im Jahr 2023 bei 66.600 Euro jährlich. Neben der JAEG gibt es zudem die besondere Versicherungspflichtgrenze, die im Jahr 2023 bei 59.850 Euro jährlich liegt. Dieser ermäßigte Betrag kommt bei Arbeitnehmer:innen zum Tragen, die zum 31.12.2002 bereits privat versichert waren (Techniker Krankenkasse, o. J.b). Bei einem Einkommen, das über diesem Wert liegt, erlischt die Verpflichtung zur GKV-Mitgliedschaft, die Versicherten können sich freiwillig in der GKV versichern oder einen Wechsel ihrer Krankenversicherung in die PKV vollziehen.

Eine freiwillige GKV-Mitgliedschaft ist auch für Selbstständige (die – unabhängig von der Höhe ihres Einkommens – nicht der GKV-Versicherungspflicht unterliegen) möglich. Mit der freiwilligen GKV-Mitgliedschaft geht zwangsläufig ein anderer Status mit anderen abzutretenden Einnahmequellen einher. Zu den sonstigen bpE, zu denen neben dem Arbeitsentgelt, den Renten der gesetzlichen RV (mit Ausnahme der bis zu bestimmten Altersgrenzen beitragsfreien Waisenrente), den Versorgungsbezügen sowie dem Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, das neben einer Rente der gesetzlichen RV oder Versorgungsbezügen erzielt wird, kommen für freiwillig Versicherte Beiträge aus sonstigen Einnahmen wie zum Beispiel aus Kapitaleinkünften und aus Vermietung sowie Verpachtung

hinzu, sodass die Beitragslast angehoben wird (sofern keine Überschreitung der BBG bereits erreicht ist) (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

Wird bei diesen Gegebenheiten eine Anhebung der BBG auf das Niveau der RV als Ansatz vorgebracht, dann ist zunächst letztere darzustellen. Auch in der RV wird jährlich äquivalent zu der der GKV eine BBG festgelegt. Anders als in der GKV unterscheidet sich die Höhe sowohl zwischen den alten und den neuen Bundesländern als auch zwischen der allgemeinen und der knappschaftlichen RV. Die nachfolgende Tabelle 11 stellt die vier genannten Varianten für das Jahr 2023 dar.

Tabelle 11: Varianten und deren BBG in der RV

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Deutsche Rentenversicherung, 2020

Variante	Jährliche BBG der RV 2021
West – allgemeine RV	85.200 Euro
West – knappschaftliche RV	104.400 Euro
Ost – allgemeine RV	80.400 Euro
Ost – knappschaftliche RV	99.000 Euro

3.5.2 Wirkung

Betrachtungsbereiche und erforderliche Daten

Für die Betrachtung der Wirkung des hier zu diskutierenden Ansatzes sind drei Mitgliedergruppen der GKV relevant, die im Folgenden genauer erläutert werden und in Abbildung 2 veranschaulicht sind:

- Mitglieder, deren bpE oberhalb der GKV BBG aber innerhalb der JAEG liegen,
- Mitglieder, deren bpE oberhalb der JAEG aber innerhalb der BBG der RV liegen, die in die PKV wechseln,
- Mitglieder, deren bpE oberhalb der JAEG aber innerhalb der BBG der RV liegen, die nicht in die PKV wechseln.

Im ersten Schritt wird hierbei der Bereich zwischen der BBG der GKV und der JAEG betrachtet. Bei der aktuell gültigen BBG der GKV werden in diesem Bereich nur die bpE bis zu dieser Grenze berücksichtigt. Bei der Anhebung der BBG auf das Niveau der RV kommt hingegen dazu, dass alle bpE zwischen der vormals gültigen BBG der GKV und der JAEG für die Beitragsfestsetzung berücksichtigt werden würden. Zugleich liegt keine Möglichkeit der Mitglieder vor, das GKV-System zu verlassen und in die PKV zu wechseln. Die Pflichtmitgliedschaft besteht für diese Versicherten fort.

Im zweiten Schritt sind die Mitglieder von Interesse, deren bpE die JAEG überschreiten. Hierbei sind nur die bpE zwischen der JAEG der GKV und der BBG der RV relevant. Innerhalb dieser Mitgliedergruppe sind zwei Bereiche zu betrachten. Zum einen die, die mit der Anhebung der BBG auf das Niveau der RV in die PKV wechseln würden (bei ihnen gehen sämtliche Beiträge verloren). Zum anderen die Mitglieder, die in der GKV verbleiben würden. Letztere zahlen als freiwillig versicherte Mitglieder zusätzliche Beiträge an die GKV, woraus Mehreinnahmen für das System resultieren.

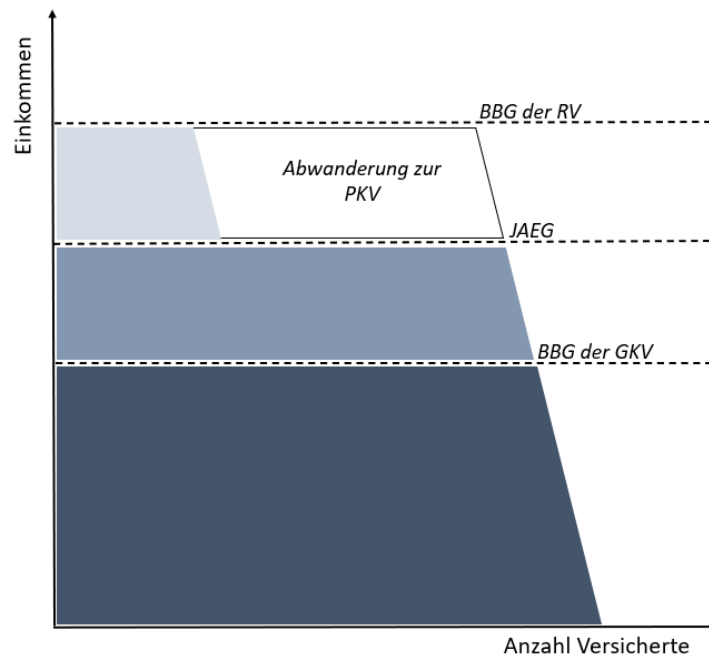


Abbildung 2: Schematische Darstellung der GKV-Mitglieder nach Einkommen im Hinblick auf BBG und JAEG
Quelle: Eigene Darstellung

Für die Darstellung der Wirkung ist es erforderlich, dass für die drei aufgezeigten Versichertenbereiche bekannt ist, wie viele Mitglieder diese umfassen. Hierfür ist es notwendig, über Informationen zur Einkommensverteilung von Mitgliedern zu verfügen.

Zur Verfügung stehende Daten und Limitationen

Zunächst ist es erforderlich, die Anzahl der GKV-Mitglieder zu identifizieren, die über bpE oberhalb der BBG der GKV verfügen. Diese werden einerseits anhand der Mitgliederstatistik der GKV über die Schlüssel-Nr. 10217 operationalisiert. Hierunter fallen die freiwillig versicherten Arbeitnehmer:innen, was den Vorteil mit sich bringt, dass klassische Gruppen (wie Studierende oder Rentner:innen), die die BBG der GKV als freiwillig Versicherte i. d. R. nicht erreichen, ausgeschlossen werden. Gleiches gilt für freiwillig versicherte, hauptberuflich Selbstständige (Bundesministerium für Gesundheit, 2022f), bei denen das Erreichen der BBG der GKV für eine freiwillige Versicherung in der GKV nicht erforderlich ist (Siemens-Betriebskrankenkasse, o. J.). Die Anzahl freiwillig Versicherter beläuft sich auf 3,0 Mio. Personen (Bundesministerium für Gesundheit, 2022f).

Andererseits sind für die folgende Betrachtung ebenfalls die vollversicherten Arbeiter:innen und Angestellten relevant, die in der PKV versichert sind und deren Arbeitsentgelt ebenfalls über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass erneut nur Arbeitnehmer:innen betrachtet werden, da keine genauere Differenzierung anhand der Daten möglich ist. Von 1,6 Mio. Vollversicherten mit Krankentagegeld fallen 65,7 % auf Arbeitnehmer:innen mit Krankentagegeld. Es ergibt sich folglich eine Summe von 1,1 Mio. Vollversicherten in der PKV, die für die Darstellung dieses Ansatzes relevant sind (PKV Zahlenportal, 2023). Insgesamt beläuft sich der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die über der JAEG der GKV verdienen, demnach auf mind. 4,1 Mio. Personen (Bundesagentur für Arbeit, 2022). Insgesamt sind demnach rd. 73,2 % aller Arbeitnehmer:innen, die oberhalb der JAEG verdienen, freiwillig in der GKV versichert. Dieser Anteil bildet das Verhältnis der freiwillig Versicherten (3,0 Mio.) sowie der Anzahl aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ab, die mit ihrem Jahresarbeitsentgelt mind. die JAEG erreichen (4,1 Mio. Personen) (Bundesagentur für Arbeit, 2022).

Die sich ergebende Differenz zwischen dem Wert der Statistik und den offiziellen Statistiken der GKV und PKV ist hier als Limitation der zu generierenden Aussagen zu benennen. In dieser Expertise wird sich auf die vorliegenden Zahlen der BA (4,1 Mio. Personen) bezogen.

Zur Schätzung der finanziellen Wirkung der Anhebung der BBG in der GKV wird ebenso die Verteilung der sozialpflichtigen Bruttoarbeitsentgelte aus dem Jahr 2021 herangezogen (Bundesagentur für Arbeit, 2022). Analog dazu werden die Eckwerte der BBG der GKV, der JAEG und der BBG der RV aus dem Jahr 2021 verwendet. Auf Grundlage dieser Daten wurde eine Schätzung der zusätzlich zu erwartenden Beitragseinnahmen aus dem Beitragssatz der GKV vorgenommen. Aus der nachfolgenden Tabelle 12 geht die Anzahl und der Anteil der Versicherten hervor, die mit ihrem Jahresentgelt die BBG der GKV von 58.050 Euro erreicht haben, aber unterhalb der JAEG-Grenze liegen (1. Gruppe). Da die Statistik der sozialversicherungspflichtigen Bruttoarbeitsentgelte nur Entgeltklassen ausweist, wird als Untergrenze die Gruppe der Personen mit einem Monatsentgelt ab 4.900 Euro (Jahresentgelt mind. 58.800 Euro) gewählt. Die Obergrenze dieser Gruppe bildet die Entgeltklasse bis 5.400 Euro Monatseinkommen (Jahresgehalt höchstens 63.600 Euro). Insgesamt umfasst diese Gruppe 1,1 Mio. Personen. Diese sind vollständig in der GKV versichert.

Die 2. Gruppe besteht aus den Beschäftigten, deren Entgelt oberhalb der JAEG liegt, die aber unterhalb der niedrigsten BBG der RV (80.400 Euro jährlich in den neuen Bundesländern) verdienen. Die Gruppe umfasst die Versicherten mit einem Jahreseinkommen von mindestens 64.800 Euro bis höchstens 78.000 Euro²¹. Hierbei handelt es sich laut der BA-Statistik um 1,9 Mio. Beschäftigte. Vereinfacht wird für diese Gruppe ein jährliches Höchstgehalt von 78.000 Euro angenommen, damit zwischen der 2. und 3. Gruppen für die Darstellung dieses Ansatzes unterschieden werden kann. Tatsächlich wird die Anzahl derer, deren Arbeitsentgelt unter der JAEG liegt, demnach unterschätzt. Oberhalb dieser Schwelle findet sich in der BA-Statistik nur die Entgeltklasse ab 6.600 Euro Monatsentgelt (79.200 Euro Jahresentgelt). Hier handelt es sich um die 3. betrachtete Gruppe. Sie umfasst 2,2 Mio. Beschäftigte. Diese Gruppe wird als diejenige charakterisiert, die die JAEG der RV (80.400 Euro) überschreiten würde. Der untenstehenden Tabelle 12 sind die Zahlen der drei Gruppen zu entnehmen.

Tabelle 12: Einkommensverteilung auf Versicherte im Hinblick auf BBG und JAEG

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesagentur für Arbeit, 2022

BBG, JAEG im Jahr 2021	Einkommen		Anzahl	Verhältnis der Versichertengruppen auf Grundlage des Anteils an der Bevölkerung	
	Von mindestens	Bis mindestens			
BBG GKV (58.050 Euro) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020)	58.800 Euro	63.600 Euro	1.139.619	100 %	57,5 %
JAEG (64.350 Euro) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020)	64.800 Euro	78.000 Euro	1.867.197		
BBG RV²² (80.400 Euro) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020)	79.200 Euro		2.223.594		42,5 %

²¹ Die exakte Abgrenzung dieser Gruppe bei einer Entgelthöhe von 80.400 Euro ist auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht möglich.

²² Allgemeine Rentenversicherung, neue Bundesländer.

Es erfolgt demnach ausschließlich die beispielhafte Darstellung der Wirkung anhand einer der vier in Tabelle 11 aufgeführten Varianten. Es wird für die weitere Darstellung dieser Wert genutzt, da die Statistik der BA die Einkommensklassen oberhalb dieser Einkommensgrenze nicht weiter differenziert abbildet und so keine genaue Aussage über diese Gruppengröße getroffen werden kann. Die knapp-schaftliche RV²³ bleibt unberücksichtigt, da die allgemeine RV²⁴ den größten Anteil an Versicherten ausmacht. Dementsprechend unterschätzen die nachfolgenden Berechnungen die tatsächlich möglichen Netto-Mehreinnahmen. Ebenso geht diese Expertise nicht zusätzlich auf die in Folge einer Anhebung der BBG entstehenden möglichen Auswirkungen auf die besondere JAEG ein, da dafür ebenfalls die Datengrundlage vorliegend unzureichend ist.

Darlegung der Wirkung

Ausgangspunkt für die Betrachtung der Wirkung sind die Mitglieder, die als freiwillig versicherte Arbeitnehmer:innen gem. Mitgliederstatistik der GKV (Tabelle 12) oberhalb der BBG der GKV liegen (Schlüssel-Nr. 10217). Dies betrifft 3,0 Mio. Mitglieder (Bundesministerium für Gesundheit, 2022f).

Bei diesen ist zu bestimmen:

- wie viele davon die BBG, jedoch nicht die JAEG der GKV überschreiten sollten und
- wie viele davon hinsichtlich der bpE die BBG der RV erreichen würden.

Da die Datengrundlage zur Entgeltverteilung innerhalb der Entgeltgruppen nicht weiter differenziert werden kann, muss im Rahmen einer konservativen Schätzung angenommen werden, dass die in den jeweiligen Einkommensklassen angesetzten GKV-Mitglieder nur über ein Entgelt an der unteren Grenze ihrer Entgeltklasse verfügen.

Für die Gruppe derjenigen Beschäftigten, die in 2021 über ein Entgelt oberhalb der aktuellen BBG der GKV aber unterhalb der JAEG verfügten, wird davon ausgegangen, dass sie vollständig in der GKV versichert ist. Für diese Gruppe ist bei einer Erhöhung der GKV-BBG mit einer vollständigen Realisierung der Mehreinnahmen durch die Erhöhung der GKV-BBG zu rechnen. Diese Mehreinnahmen wurden mit dem derzeitigen Gesamt-Beitragssatz der GKV im Jahr 2023 als Summe des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V und des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 SGB V von insgesamt 16,2 %²⁵ angesetzt. Für diese Gruppe ergeben sich Mehreinnahmen aus Beiträgen von 550 Mio. Euro (Gruppe 1).

Für die Gruppe der Beschäftigten, deren Entgelt im Jahr 2021 oberhalb der JAEG lag, musste zunächst abgeschätzt werden, wie viele dieser Personen aktuell in der GKV versichert sind. Dafür wird der Anteil derer, die unter allen Arbeitnehmer:innen über ein Jahresarbeitsentgelt oberhalb der JAEG verfügen und in der GKV freiwillig versichert (73,2 %) sind, mit der Gesamtanzahl der sich in dieser Gehaltsklasse befindlichen Personen verrechnet. Die nachfolgende Tabelle 13 stellt die Anzahl an Arbeitnehmer:innen in den jeweiligen Gehaltsklassen, den Anteil der freiwillig Versicherten in der GKV sowie die sich daraus ergebenden jährlichen Mehrbeträge für die GKV dar.

Zuerst wurde die Differenz zwischen dem im Jahr 2021 geltenden Höchstsatz für die BBG von 4.837,5 Euro und dem individuellen monatlichen Entgelt gebildet. Dafür wurde jeweils die untere Grenze der Entgeltgruppe angesetzt. Der sich daraus ergebende Betrag wurde mit den Beiträgen der GKV i. H. v.

²³ 2,27 Mio. (Deutsche Rentenversicherung, 2023).

²⁴ 39,04 Mio. (Deutsche Rentenversicherung, 2023).

²⁵ Trotz der Daten aus dem Jahr 2021 wird der Beitragssatz des Jahres 2023 verwendet, da die Darstellungen möglichst genau auf die Realität zutreffen sollen.

16,2 % verrechnet und anschließend mit der Anzahl an GKV-Mitgliedern in dieser Entgeltgruppe multipliziert. Daraus ergaben sich die monatlichen Netto-Mehreinnahmen durch die zusätzliche Verbeitragung der Einkommen ab der BBG der GKV. Anschließend wurden aus diesen monatlichen Netto-Mehreinnahmen die jährlichen Netto-Mehreinnahmen errechnet, die sich im Jahr 2021 für die Gruppe der GKV-Mitglieder auf insgesamt 8,3 Mrd. Euro belaufen hätten (Tabelle 13), unter der Voraussetzung, dass sämtliche Arbeitnehmer:innen mit einem jährlichen Arbeitsentgelt oberhalb der JAEG freiwillig in der GKV versichert sind. Im besonderen Maße von dieser Maßnahme betroffen wäre die Gruppe, die mit einem Jahreseinkommen von mind. 78.001 Euro (Tabelle 13) die höchste Einkommensgruppe abbildet und somit an den insgesamt zu generierenden Mehrbeiträgen mit 66,1 % finanziell den größten Anteil ausmachen würde.

Tabelle 13: Anzahl Versicherte über der JAEG und deren potenziell generierte Mehreinnahmen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesagentur für Arbeit, 2022

Bezugsgröße	Jahreseinkommen in Euro	Anzahl an Personen (GKV und PKV)	Anzahl an GKV-Mitgliedern ²⁶	Jährliche Mehrbeiträge aus dem Einkommen in Mio. Euro
BBG RV (80.400)²⁷	<64.801	192.853	139.312	152
	64.801 bis 66.000	181.984	131.460	169
	66.001 bis 67.200	170.785	123.371	183
	67.201 bis 68.400	161.698	116.806	196
	68.401 bis 69.600	161.878	116.936	219
	69.601 bis 70.800	155.433	112.281	232
	70.801 bis 72.000	147.086	106.251	240
	72.001 bis 73.200	140.730	101.660	250
	73.201 bis 74.400	143.801	103.878	275
	74.401 bis 75.600	134.720	97.318	277
	75.601 bis 76.800	134.537	97.186	295
	76.801 bis 78.000	141.692	102.355	331
>78.001	2.365.286	1.708.620	5.504	
Gesamt		4.097.763	3.057.434	8.323

Hinzu kämen die Mehreinnahmen für die Gruppe 1 (Beschäftigte, die in 2021 über ein Entgelt oberhalb der aktuellen BBG der GKV aber unterhalb der JAEG verfügen), die sich, wie oben bereits beschrieben, auf 550 Mio. Euro beliefen. Wird diese Summe mit den prognostizierten Netto-Mehreinnahmen aus Tabelle 13 verrechnet, entstehen für die GKV insgesamte Mehreinnahmen i. H. v. 8,9 Mrd. Euro, wenn jegliche Arbeitnehmer:innen oberhalb der JAEG in der GKV als freiwillig versicherte Person verbleiben würden. Diese Annahme ist allerdings nicht realistisch.

Im Folgenden werden zwei Szenarien dargestellt, die eine Abwanderung von GKV-Mitgliedern in die PKV modellieren, die aufgrund der Anhebung der BBG angenommen werden kann. Bei beiden Szenarien sind Mitglieder von Interesse, deren bpE zwischen der JAEG und der BBG der RV liegen.

²⁶ Dieser Wert bildet das Produkt des Wertes für die Anzahl an Personen dieser Einkommensgruppe (Spalte 3) sowie dem Anteil von 73,2 % (die Erläuterung dieses Betrags ist den vorausgehenden Abschnitte zu entnehmen) ab. Diese Rechnung wird ebenso für die anderen Gehaltsklassen durchgeführt.

²⁷ Allgemeine Rentenversicherung, neue Bundesländer.

Es ist anzunehmen, dass diese Quote der Versicherten, die zur PKV wechseln, begrenzt ist, da mit dem Wechsel die beitragsfreie Versicherung von Familienmitgliedern nicht mehr möglich ist (PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., o. J.). Zudem sollte es auch einen relevanten Anteil an Versicherten mit höherem Alter und/oder versicherungsrelevanten (Vor)Erkrankungen geben, die nur ein unattraktives Versicherungsangebot der PKV erhalten werden und ein Wechsel für sie infolgedessen nicht in Frage kommt. Aus diesem Grund wird die Annahme getroffen, dass:

- in Variante 1 etwa 10,0 % der GKV-Mitglieder mit einem Entgelt oberhalb der JAEG aufgrund der BBG-Erhöhung zur PKV wechseln und
- bei Variante 2 etwa 20,0 % wechseln werden.

Ausgehend von den 3,0 Mio. freiwillig versicherten Arbeitnehmer:innen der GKV sind dies 300.000 Versicherte (Variante 1) bzw. 600.000 Versicherte (Variante 2), deren bpE zur Bemessung und damit auch die entsprechenden Beiträge bei einem Wechsel vollständig wegfallen. Gleichzeitig muss allerdings berücksichtigt werden, dass die GKV durch den Wechsel der 10 % bzw. 20 % freiwillig Versicherten in die PKV deren Leistungsausgaben nicht mehr zu tragen hat, deren Höhe mit zunehmendem Alter der Versicherten ansteigt – ersichtlich aus den GKV-Ausgabenprofilen des BAS (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2023). Die tatsächliche Wirkung würde sich demnach grundsätzlich aus dem übrigbleibenden Deckungsanteil von Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben ergeben. Der Effekt des Wechsels von GKV-Mitgliedern in die PKV auf die Ausgaben der GKV soll hier aber unberücksichtigt bleiben. Daher geben die Ergebnisse ausschließlich Auskunft über die zusätzlichen oder entgangenen Einnahmen für die GKV.

Die erste Variante, in der die Abwanderung von 10,0 % der derzeit freiwillig versicherten Mitglieder angenommen wird, würde zu einem Beitragsverlust von rd. 3,6 Mrd. Euro führen. Errechnet wurde diese Summe aus den einzelnen entgangenen Beiträgen der Versicherten. Hierfür wurden zunächst die 10,0 % mit der Anzahl an freiwillig versicherten Mitgliedern in den jeweiligen relevanten Gehaltsklassen verrechnet. Die sich daraus ergebenden Personenzahlen, die aus der jeweiligen Einkommensklasse die GKV verlassen würden, wurden daraufhin mit deren Jahreseinkommen²⁸ sowie den Beitragssätzen der GKV (16,2 %) verrechnet, woraus sich die jährlichen Beträge aller der sich in dieser Gehaltsklasse befindlichen Personen, die in die PKV abwandern würden, ergeben. Das Ergebnis (3,6 Mrd. Euro) stellt die Beitragseinnahmen dieser 10,0 % dar, die der GKV verloren gehen würden.

Die Berechnungen der zweiten Variante, die die Abwanderung von 20,0 % der derzeit in der GKV versicherten Mitglieder annimmt, entsprechen denen der ersten Variante. Es ergeben sich in Folge der zweiten Variante Beitragsverluste i. H. v. 7,2 Mrd. Euro durch den Wechsel von 20 % der freiwillig versicherten Mitglieder.

Abbildung 3 veranschaulicht, dass mit Mehreinnahmen von 8,9 Mrd. Euro und davon abzuziehenden Mindereinnahmen i. H. v. 3,6 Mrd. Euro durch Abwanderung in die PKV bei Variante 1 eine finanzielle Wirkung von insgesamt 5,3 Mrd. Euro beim hier dargestellten Ansatz der Anhebung der BBG der GKV auf das Niveau der RV anzunehmen ist. Für Variante 2 liegt das Ergebnis bei 1,7 Mrd. Euro (Mehreinnahmen von 8,9 Mrd. Euro abzüglich 7,2 Mrd. Euro durch Abwanderung in die PKV).

²⁸ Hierbei wurde die untere Grenze der Gehaltsgruppe als Wert für die Berechnung genutzt.

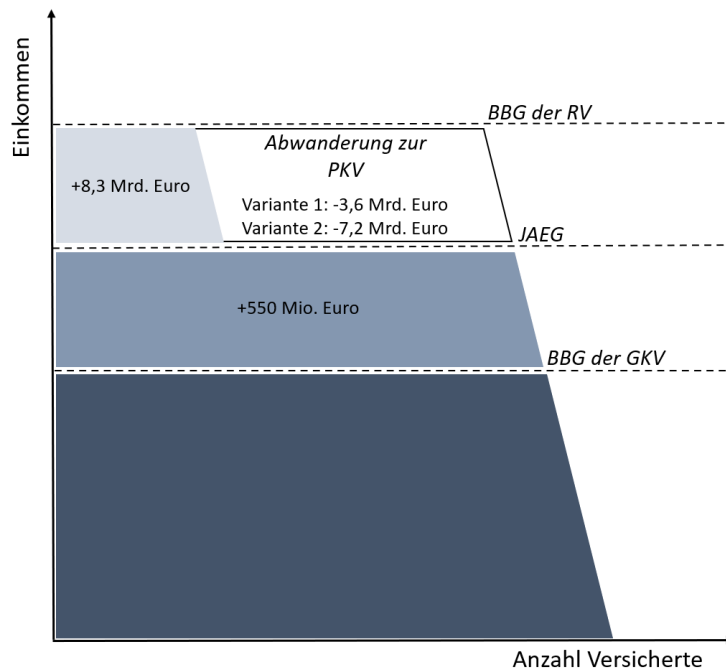


Abbildung 3: Schematische Darstellung der GKV-Mitglieder nach Einkommen im Hinblick auf BBG und JAEG sowie der finanziellen Wirkung
 Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung

Die Netto-Mehreinnahmen von 5,3 Mrd. Euro in der ersten Variante reduzieren den zusätzlichen Finanzbedarf der GKV im Jahr 2024 von 14,1 Mrd. Euro auf einen Restbetrag von 8,8 Mrd. Euro. Die Summe deckt etwa 37,6 % des Finanzbedarfs. Unter der Annahme, dass ein Beitragssatzpunkt im Jahr 2024 16,7 Mrd. Euro entsprechen wird (3.1.2), könnte dieser um 0,3 Prozentpunkte gesenkt werden. Im Jahr 2025 bleibt von dem zusätzlichen Finanzbedarf von 18,0 Mrd. Euro nach Abzug der Netto-Mehreinnahmen von 5,3 Mrd. Euro ein anderweitig zu deckender Finanzbedarf von 12,7 Mrd. Euro übrig. Die Lücke könnte somit zu etwa 29,4 % geschlossen werden. Der Zusatzbeitragssatz im Jahr 2025, der pro Prozentpunkt einer Summe von 17,2 Mrd. Euro entsprechen wird (3.1.2), könnte um 0,3 Prozentpunkte gesenkt werden.

Die zweite Variante würde zu deutlich geringeren Mehreinnahmen führen. So würde der zusätzliche Finanzbedarf von 14,1 Mrd. Euro im Jahr 2024 basierend auf diesen Berechnungen der Netto-Mehreinnahmen i. H. v. 1,7 Mrd. Euro auf 12,4 Mrd. Euro gesenkt werden. Diese Netto-Mehreinnahmen decken somit nur rund 12,1 % der benötigten Gelder ab. Der Zusatzbeitragssatz im Jahr 2024 könnte in Folge dieser Maßnahme um 0,1 Prozentpunkte gesenkt werden. Im Jahr 2025 würde sich von den anfänglich benötigten 18,0 Mrd. Euro ein verbleibender zusätzlicher Finanzbedarf von 16,3 Mrd. Euro ergeben. Die Netto-Mehreinnahmen decken den Bedarf nur zu 9,4 %. Der Zusatzbeitragssatz im Jahr 2025 könnte um 0,1 Prozentpunkte gesenkt werden.

3.5.3 Folge

Die sich aus der ersten Variante ergebenden Netto-Mehreinnahmen i. H. v. 5,3 Mrd. Euro würden zu einer Umverteilung der Beitragslast zwischen den Beitragszahler:innen führen. Aus der Anhebung der BBG resultiert eine höhere finanzielle Belastung für Besserverdiener:innen, deren Entgelt höher verbeitragt werden würde. Demgegenüber würden Beitragssatzerhöhungen vermieden, die die Einkommen unterhalb der BBG ansonsten zusätzlich belasten würden. Somit würde dieser Ansatz sowohl mit Netto-Mehreinnahmen als auch mit einer angemesseneren Realisierung des Solidarprinzips in der

GKV einhergehen, da dieser zu einem gerechteren Ausgleich zwischen Begünstigten und weniger Begünstigten führen würde (Deutscher Bundestag, 2021b). Entsprechendes gilt für die Arbeitgeber:innen, die die höheren Beiträge für Einkommen oberhalb der aktuellen BBG aufgrund der paritätischen Finanzierung der GKV-Beiträge mitzutragen hätten, auf der anderen Seite aber Beitragssetterhöhungen und damit höhere Beiträge für geringere Einkommen vermeiden können. Höhere Beiträge sind für die Arbeitgeber vor allem für die Gruppe von GKV-Mitgliedern zu erwarten, die über ein Einkommen oberhalb der aktuellen GKV-BBG, aber unterhalb der JAEG verfügen.

Für die Gruppe der Personen mit Einkommen oberhalb der JAEG werden die Arbeitgeber:innen allerdings im Falle eines Wechsels von der GKV in die PKV entlastet, wenn die (bis zum jeweiligen Höchstzuschuss) hälftig durch die Arbeitgeber:innen zu tragenden Prämien für die PKV-Vollversicherung ihrer Arbeitnehmer:innen unterhalb der bisherigen Arbeitgeberanteile der GKV-Beiträge liegen. Eine Quantifizierung dieses Effekts ist im Rahmen dieser Expertise nicht möglich.

Als weitere Folge wäre der potenzielle Einfluss der Anhebung der BBG der GKV auf die BBG der SPV zu benennen, die auf demselben Niveau liegt (vdek, 2022a). Grundsätzlich wäre davon auszugehen, dass sich diese an die neue BBG anpassen würde. Es ist zudem beim hier diskutierten Ansatz eine Wechselwirkung mit dem Krankengeldanspruch abzusehen, welche in dieser Expertise jedoch nicht konkretisiert wird.

Auch könnte die Anhebung der BBG mit einer Erhöhung der JAEG in der GKV einhergehen. Die Anhebung der JAEG würde zu zusätzlichen Netto-Mehreinnahmen führen, da die Wechseloption in die PKV verschoben würde. Andererseits schränkt es die PKV erheblich ein, da sich die Zugangshürden erhöhen. Des Weiteren müsste eine regelmäßige Anpassung der neuen BBG an das Einkommen vorgenommen werden, damit der Effekt (mindestens) gleichbleibend bestehen bleibt. Schließlich ist festzuhalten, dass keine zusätzlichen finanziellen Mittel des Bundes für diesen Ansatz anzusetzen sind.

Die bereits benannten Limitationen zeigen auf, dass weiterer Forschungsbedarf unter Nutzung dafür geeigneter Datenquellen besteht, um das tatsächliche Finanzvolumen dieses Ansatzes und die implizite Wirkung adäquat abbilden zu können. Ein Ende der Debatte um die vollständige Berücksichtigung von hohen Einkommen bei der Beitragsbemessung in der GKV ist mit der Anhebung der BBG nicht zu erwarten. Hierfür müsste die BBG gänzlich entfallen.

3.5.4 Umsetzbarkeit

Verkündet wurde die Höhe der BBG mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 20.12.1988. Das Gesetz wurde am 29.04.1988 durch die Bundesregierung vorgelegt und trat am 01.01.1989 in Kraft (Deutscher Bundestag, 1989). Gemäß dem GRG wird die Höhe der BBG jährlich zum 01. Januar per Rechtsverordnung gemäß § 6 Abs. 6 SGB V durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Einvernehmen mit dem Bundesrat neu festgelegt und so an die Einkommensentwicklung angepasst. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen bestehen demnach bereits für die Umsetzung dieses Ansatzes. Eine nachfolgende Rechtsverordnung müsste die Höhe lediglich entsprechend der BBG der RV anpassen. Damit wäre die Umsetzung dieses Ansatzes bis zum 01.01.2024 grundsätzlich möglich.

3.6 Ansatz 6: Anhebung der Beiträge/Zusatzbeiträge in der GKV

3.6.1 Einordnung

Die GKV finanziert sich anteilig durch Mittel aus dem verbeitragten Bruttoarbeitsentgelt ihrer Mitglieder. Die Höhe richtet sich nach dem aktuell geltenden allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % nach § 241 SGB V sowie dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 SGB V (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b). Dieser ist nach § 242 SGB V ebenfalls als Prozentsatz der bpE zu erheben und dient der Schließung der Finanzlücke einer jeweiligen Krankenkasse, falls die Zuweisungen des Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben nicht ausreichen.

In Folge des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) im Jahr 2015 wurde der zuvor erhobene pauschale, einkommensunabhängige Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen und der Sozialausgleich nach Artikel 1 Nr. 18 GKV-FQWG durch einen kassenindividuellen, einkommensabhängigen Zusatzbeitragssatz ersetzt (GKV-FQWG – GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz). Seit dem 01.01.2019 wird der Zusatzbeitragssatz von den Arbeitnehmer:innen und den Arbeitgeber:innen nach § 249 SGB V zu gleichen Teilen getragen.

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V ist neben dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz eine relevante Größe. Diese bildet nicht den Durchschnitt aller kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze ab, sondern ist eine rein statistische Größe. Er wird unter anderem für Geringverdienende, Auszubildende sowie Bezieher:innen des ALG-II angewandt. Nach § 242a Abs. 2 SGB V legt das BMG jährlich zum 1. November auf Basis der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Abs. 2 SGB V den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz fest. Im Jahr 2015 lag dieser bei 0,9 %, 2016 und 2017 bei 1,1 %, in den Jahren 2018 und 2019 wurde er auf 1,0 % bzw. 0,9 % abgesenkt.

Im Jahr 2020 wurde er erneut auf 1,1 % angehoben, 2021 und 2022 betrug er 1,3 % und derzeit liegt er bei 1,6 % (GKV-Spitzenverband, o. J.c). Der GKV-SV ist nach § 242 Abs. 5 SGB V verpflichtet, eine tagesaktuelle Liste zu führen, die die Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenkassen enthält. Die Versicherten erhalten infolge der Anhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes ein Sonderkündigungsrecht (Techniker Krankenkasse, o. J.a).

3.6.2 Wirkung

Das Erkenntnisinteresse dieses Ansatzes liegt bei der Prognose kostendeckender Zusatzbeitragssätze für die einzelnen Krankenkassenarten, die die vollständige Deckung der zu erwartenden zusätzlichen Finanzbedarfe in den Jahren 2024 und 2025 vorsieht. Kostendeckend meint in diesem Zusammenhang, dass jegliche sonstige Finanzmittel der Krankenkassenarten, etwa Vermögen oder zusätzliche sonstige Einnahmen, für die Kompensierung der Finanzlücke zwischen Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds und den Ausgaben bei der Berechnung im Rahmen dieser Expertise unberücksichtigt bleiben.

Die GKV untergliedert sich in verschiedene Krankenkassenarten, die sich in die allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKn), die Betriebskrankenkassen (BKKn), die Innungskrankenkassen (IKKn), die landwirtschaftliche Krankenkasse (LKKn), die Knappschaft-Bahn-See (KBS) sowie die Ersatzkasse (EK) aufteilen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023a).

Identifiziert wurden in einem ersten Schritt die Gesamteinnahmen der GKV sowie die Einnahmen der einzelnen Krankenkassenarten in den Jahren 2019, 2020, 2021 und 2022. Für die Jahre 2019 bis 2021 wurden die KJ1-Statistiken als Datenquelle genutzt (Bundesministerium für Gesundheit, 2020a, 2021b, 2022c) Die Summe der Schlüssel-Nr. 3760, 3761 und 3762 wurde dem Betrag der

Gesamteinnahmen abgezogen, um das Einnahmenvolumen ungeachtet der Einnahmen durch den Zusatzbeitragssatz zu erhalten. Für das Jahr 2022 diente die KV45-Statistik als Datengrundlage (Bundesministerium für Gesundheit, 2023e). Die Einnahmen wurden dann um die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen bereinigt, indem der quartalsbezogene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der Krankenkassenarten auf Basis der Mitgliederzahlen und Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen je Krankenkassenart ermittelt und mit den voraussichtlichen bpE aller Krankenkassen je Mitglied des entsprechenden Jahres multipliziert wurde. Für das Jahr 2023 wurden für die GKV die durch den Schätzkreis prognostizierten Einnahmen ohne Zusatzbeiträge zugrunde gelegt (GKV-Schätzkreis, 2022c) und für die Krankenkassenarten entsprechend der Verteilung der Einnahmen gemäß der KV45/2022 aufgeteilt.

Die durch den Schätzkreis geschätzten Einnahmen des Jahres 2023 (GKV-Schätzkreis, 2022c) werden um die spezifischen Einmaleffekte auf der Einnahmeseite bereinigt. Dabei handelt es sich um:

- den ergänzenden Bundeszuschuss i. H. v. 2 Mrd. Euro,
- das unverzinsten Bundesdarlehen gemäß § 12 Abs. 4 S. 1 Haushaltsgesetz 2023 i. H. v. 1 Mrd. Euro,
- die Vermögensabgabe nach § 272b SGB V,
- die Zuführungen aus der Liquiditätsreserve gemäß § 271 Abs. 4 SGB V und
- der Zuweisungserhöhung nach § 271 Abs. 2 SGB V.

Insgesamt ergeben sich Einnahmen durch die finanziellen Maßnahmen im Jahr 2023 i. H. v. 10,48 Mrd. Euro.

Ebenfalls enthalten sind außerdem die durch den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz eingenommenen Einnahmen, sodass sich die Gesamteinnahmen der GKV abzüglich der genannten Einmaleffekte auf 263,2 Mrd. Euro belaufen. Darauf aufbauend wurde zunächst mithilfe des 3-Jahresdurchschnitts der Einnahmenvolumina der Jahre 2019 bis 2022 auf den durchschnittlichen Einnahmewachstum der bpE für die Jahre 2024 und 2025 prognostizierend geschlossen. Dieser beträgt durchschnittlich 4,5 %. Die Einnahmen aus dem allgemeinen Beitragssatz belaufen sich im Jahr 2023 auf rd. 248,7 Mrd. Euro.

Fortentwickelt mit der genannten Wachstumsrate ergeben sich für das Jahr 2024 Einnahmen aus dem allgemeinen Beitragssatz i. H. v. 260,0 Mrd. Euro. Auf diesen Betrag wird der Betrag des Bundeszuschusses i. H. v. 14,5 Mrd. Euro hinzuaddiert. Im Jahr 2024 belaufen sich die Einnahmen folglich auf rund 274,5 Mrd. Euro. Diese Summe bildet die Berechnungsgrundlage für die prognostizierten Einnahmen im Jahr 2025. Zunächst wird der Bundeszuschuss i. H. v. 14,5 Mrd. Euro abgezogen, da dies ein pauschaler Betrag ist, der nicht mit der Veränderungsrate verrechnet wird. Fortentwickelt mit der Einnahmewachstumsrate i. H. v. 4,5 % folgt der Betrag i. H. v. 271,76 Mrd. Euro, der im Jahr 2025 durch die Einnahmen des allgemeinen Beitragssatzes für die GKV zu erwarten wären. Verrechnet mit dem Bundeszuschuss i. H. v. 14,5 Mrd. Euro, bildet das Ergebnis i. H. v. 286,26 Mrd. Euro die prognostizierten Einnahmen der GKV im Jahr 2025 ab.

Um das Einnahmenvolumen ohne Zusatzbeitrag der Krankenkassenarten der Jahre 2024 und 2025 prognostizieren zu können, wurde die kassenartenindividuelle Veränderungsrate der Einnahmen zwischen den Jahren 2021 und 2022 i. H. v. 4,5 % für die Berechnung der Jahre 2024 und 2025 verwendet. Aufgrund der umfassenden Reformen des Risikostrukturausgleichs im Jahr 2021 wurde davon ausgegangen, dass die Einnahmeentwicklung der Krankenkassenarten vor 2021 kein geeigneter Prädiktor für die Entwicklung der Folgejahre darstellt.

Für die Schätzung eines kostendeckenden Zusatzbeitragsatzes in den kommenden Jahren ist neben den Einnahmen ebenfalls das Ausgabenvolumen²⁹ der gesamten GKV sowie der einzelnen Krankenkassenarten relevant. Als Datenbasis dienten ebenfalls die KV45-Statistik des BMG des Jahres 2019 (Bundesministerium für Gesundheit, 2020b), die KJ1-Statistik des Jahres 2020 (Bundesministerium für Gesundheit, 2021b), diejenige des Jahres 2021 (Bundesministerium für Gesundheit, 2022c) sowie die KV45-Statistik des Jahres 2022 (Bundesministerium für Gesundheit, 2023e). Der 3-Jahresdurchschnitt des Ausgabenwachstums in der GKV beträgt 5,0 %. Die Veränderungsrate wird für die Entwicklung der GKV-Ausgaben der Jahre 2023 bis 2025 angenommen. Daraus folgen für das Jahr 2023 erwartbare Gesamtausgaben der GKV i. H. v. 298,06 Mrd. Euro, für das Jahr 2024 ein Ausgabenvolumen i. H. v. 312,97 Mrd. Euro und für 2025 i. H. v. 328,61 Mrd. Euro. Für die einzelnen Krankenkassenarten wurde die kassenartenindividuelle Ausgabenentwicklung zwischen 2019 und 2022 angesetzt und auf das erwartete Ausgabenwachstum der GKV zwischen 2023 und 2025 normiert.

Anhand dieser Ergebnisse kann auf den zu erwartenden zusätzlichen Finanzbedarf der GKV sowie der einzelnen Krankenkassenarten in 2024 und 2025 im Vergleich zu 2023 geschlossen werden. Die Differenz aus den jeweiligen Ausgabenbeträgen und den Einnahmen ohne Zusatzbeiträge ergibt das Finanzdefizit der einzelnen Krankenkassenarten sowie der gesamten GKV. Im Jahr 2023 entsteht in der GKV ein Finanzdefizit i. H. v. 24,35 Mrd. Euro. Dieser Betrag bildet die Differenz aus den erwarteten Ausgaben im Jahr 2023 i. H. v. 298,06 Mrd. Euro und den zu erwartenden Einnahmen ohne Zusatzbeitragsatz in demselben Jahr i. H. v. 273,71 Mrd. Euro ab.

Tatsächlich würden der GKV im Jahr 2023 34,83 Mrd. Euro fehlen, blieben die finanziellen Maßnahmen wie der ergänzende Bundeszuschuss, das unverzinsten Darlehen des Bundes, die Vermögensabgabe sowie die Zuführungen aus der Liquiditätsreserve unberücksichtigt. Für 2024 ergibt sich aus der Differenz der Ausgaben i. H. v. 312,97 Mrd. Euro und der Einnahmen i. H. v. 274,49 Mrd. Euro ein Finanzdefizit i. H. v. 38,48 Mrd. Euro. Äquivalent dazu folgt aus der Differenz der prognostizierten Ausgaben des Jahres 2025 i. H. v. 328,61 Mrd. Euro und der gegenüberstehenden Einnahmen i. H. v. 286,26 Mrd. Euro ein Finanzdefizit i. H. v. 42,35 Mrd. Euro. Sowohl diese als auch die kassenartenindividuellen Beträge sind der untenstehenden Tabelle 14 zu entnehmen.

Tabelle 14: Finanzierungsdefizit in Mrd. Euro (Ausgaben abzüglich Einnahmen ohne Zusatzbeitrag)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesministerium für Gesundheit, 2023e

	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	EK
2023	24,35	9,27	3,30	1,74	0,59	9,44
2023³⁰	34,83	13,23	4,76	2,46	0,88	13,50
2024	38,48	15,17	4,80	2,80	0,95	14,75
2025	42,35	17,24	4,83	3,16	1,03	16,09

Tabelle 15 stellt darauf aufbauend die zusätzlichen Finanzbedarfe der Jahre 2024 und 2025 im Vergleich zu 2023 dar.

²⁹ Die Ausgaben setzen sich hierbei aus den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Schlüssel-Nr. 09995), den zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schlüssel-Nr. 09992) und den zuweisungsfähigen Verwaltungsausgaben (Schlüssel-Nr. 09999) zusammen.

³⁰ Beträge abzüglich des ergänzenden Bundeszuschusses, des Darlehens, der Vermögensabgabe, der Zuführungen aus der Liquiditätsreserve.

Tabelle 15: Zusätzlicher Finanzbedarf

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesministerium für Gesundheit, 2020a, 2020b, 2021b, 2022c, 2023e

Jahr	Zusätzlicher Finanzbedarf in Mrd. Euro
2024	14,1
2025	18,0

Für die in Tabelle 15 Tabelle 14 dargestellten Finanzdefizite der GKV der Jahre 2024 und 2025 sollen im Rahmen dieser Expertise die kostendeckenden kassenartenindividuellen Zusatzbeitragsätze ermittelt werden. Für die Prognose sind die Mitgliederzahlen der Krankenkassenarten sowie die bpE der Mitglieder relevant. Für die Mitgliederzahlen wurde für alle Jahre auf die Verteilung der Mitglieder des Jahres 2022 gemäß KM1/13 2022 zurückgegriffen.

Im Jahr 2022 betragen die jährlichen bpE rund 27.811 Euro pro Mitglied. Diese ergeben sich aus dem Schätztableau des Schätzerkreises aus dem Jahr 2022 (GKV-Schätzerkreis, 2022c). Die Wachstumsrate beträgt 3,50 %. Die Fortentwicklung führt zu prognostizierten bpE im Jahr 2023 i. H. v. 28.866,36 Euro pro Mitglied. Für die Jahre 2024 und 2025 wird die gleiche Wachstumsrate unterstellt, sodass sich die bpE je Mitglied im Jahr 2024 auf 29.876,68 Euro und im Jahr 2025 auf 30.992,37 Euro belaufen.

Für die Berechnung der kostendeckenden kassenartenindividuellen Zusatzbeitragsätze werden die jeweiligen Finanzierungsdefizite aus den Jahren 2023, 2023 (ohne Sondereinnahmen), 2024 und 2025 genutzt (vgl. Tabelle 14). Tabelle 16 stellt die kostendeckenden Zusatzbeiträge für die einzelnen Krankenkassenarten sowie für die gesamte GKV der Jahre 2023, 2023 (ohne die finanziellen Maßnahmen), 2024 sowie 2025 dar.

Tabelle 16: Prognostizierte kostendeckende Zusatzbeiträge in Prozent

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesministerium für Gesundheit, 2023g

	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	EK
2023	1,47	1,53	1,34	1,50	1,70	1,45
2023 ³¹	2,11	2,19	1,93	2,11	2,52	2,08
2024	2,25	2,42	1,89	2,32	2,64	2,19
2025	2,39	2,66	1,83	2,54	2,74	2,31

Die dargestellten Finanzbedarfe bilden ausschließlich die Einnahmen durch die Beiträge der und für die Mitglieder sowie den jährlich gezahlten Bundeszuschuss i. H. v. 14,5 Mrd. Euro ab. Nicht abgeschätzt werden können dabei etwaige Einnahmen nach § 271 Abs. 2 SGB V sowie weitere finanzielle Maßnahmen, die der Gesetzgeber der GKV in den kommenden Jahren gewähren könnte. Der tatsächliche zusätzliche Finanzbedarf könnte demnach unter dem prognostizierten Wert liegen.

Die Anhebung des Zusatzbeitragsatz von durchschnittlich 1,6 Prozent im Jahr 2023 auf den wahrscheinlich kostendeckenden Prozentsatz von 2,25 % im Jahr 2024 würde eine Mehrbelastung von 10,9 Mrd. Euro für die Beitragszahler:innen (Arbeitnehmer:innen sowie Arbeitgeber:innen) bedeuten, wenn davon ausgegangen wird, dass 16,7 Mrd. Euro einem Beitragssatzpunkt im Jahr 2024 entsprechen würden (3.1.2). Äquivalent dazu führt die Anhebung des jetzigen Zusatzbeitragsatzes auf die Höhe des im Jahr 2025 benötigten, kostendeckenden Zusatzbeitragsatzes von 2,39 % zu einer

³¹ Beträge abzüglich des ergänzenden Bundeszuschusses, des Darlehens, der Vermögensabgabe, der Zuführungen aus der Liquiditätsreserve.

zusätzlichen Finanzlast von 13,6 Mrd. Euro für die Beitragszahler:innen gemessen an den im Jahr 2025 erwarteten 17,2 Mrd. Euro (s. 3.1.2), die einem Beitragssatzpunkt entsprechen würden.

3.6.3 Folge

Ein kostendeckender Zusatzbeitragssatz würde de facto zu einer vollständigen Deckung des zusätzlichen Finanzbedarfs der GKV führen. Dies würde allerdings zu einer deutlichen Mehrbelastung der Beitragszahler:innen (Arbeitnehmer:innen sowie Arbeitgeber:innen) führen. Für einzelne Krankenkassenarten liegen die erwarteten Zusatzbeitragssätze dabei deutlich über dem GKV-Durchschnitt. Bezogen auf das Jahr 2024 würde der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz gemäß den Berechnungen im Rahmen dieser Expertise 2,25 % betragen. Damit müsste der derzeit geltende Zusatzbeitragssatz von 1,6 % im Jahr 2023 (GKV-Spitzenverband, o. J.c) um 0,65 Prozentpunkte ansteigen.

Das finanzielle Ausmaß einer dadurch bedingten Mehrbelastung für die Beitragszahler:innen ist bereits in 3.6.2 für 2024 und 2025 beziffert worden. Zudem unterscheiden sich die Zusatzbeitragssätze erheblich je nach Krankenkassenart. Die AOKn, die IKKn und die KBS müssten zur Abgeltung ihres Finanzdefizits höhere Zusatzbeitragssätze als der GKV-Durchschnitt einfordern (Tabelle 16). Die Zusatzbeitragssätze der BKKn und der EKn würden mit 1,89 % bzw. 2,19 % deutlich unter dem GKV-Durchschnitt liegen.

Bereits im Jahr 2024 beläuft sich die Differenz zwischen dem kostendeckenden Zusatzbeitragssatz der BKKn i. H. v. 1,89 % und dem der KBS i. H. v. 2,64 % auf 0,75 Prozentpunkte, wodurch die Beitragszahler:innen der einzelnen Krankenkassen erheblich differenzierte Beitragssätze zu leisten hätten. Im Jahr 2025 liegt der prognostizierte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der GKV bei 2,39 %. In dem Jahr würden erneut die Zusatzbeitragssätze der AOKn, der IKKn und der KBS diesen Wert übersteigen (Tabelle 16). Die Differenz zwischen dem Zusatzbeitragssatz der BKKn i. H. v. 1,83 % und dem der KBS i. H. v. 2,74 % würde sich um 0,91 Prozentpunkte erhöhen. Die Spreizung zwischen den kassenartenindividuellen Zusatzbeitragssätzen würde sich jährlich erhöhen.

Die Anhebung der Zusatzbeitragssätze würde zu einer zusätzlichen Verletzung der Sozialgarantie führen, die in 3.1 bereits explizit dargestellt worden ist. Die Einhaltung ist allerdings bereits im Jahr 2023 nicht möglich (Tabelle 5). Dadurch wird die Mehrbelastung der Beitragszahler:innen offensichtlich, die zudem jährlich zunehmen würde. Insbesondere gering verdienende Mitglieder sowie Arbeitgeber:innen mit vielen, explizit gut verdienenden Arbeitnehmer:innen würden überproportional belastet werden. Für Arbeitgeber:innen geht die Erhöhung der Zusatzbeitragssätze mit einem Anstieg der Lohnnebenkosten einher. Der Bund würde hierdurch dagegen nicht stärker finanziell belastet werden.

Sollte dieser Ansatz umgesetzt werden, ist mit keinem Ende der diesbezüglichen Debatte zu rechnen, da u. a. jeder wirtschaftliche Abschwung geeignet wäre, um für die Reduzierung der Lohnnebenkosten zur Stärkung der Wirtschaft zu plädieren.

3.6.4 Umsetzbarkeit

Die Anpassung eines kassenartenindividuellen Zusatzbeitragssatzes an die tatsächlich zu deckenden Kosten der Krankenkassen könnte jährlich nach § 242a SGB V infolge einer Bekanntmachung im Bundesanzeiger – wie auch bisher üblich – vom BMG festgelegt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a). Dieses legt, wie bereits in 3.6.1 erläutert, den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf Grundlage der Schätzungen des Schätzerkreises fest. Die Festsetzung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zum 1. November eines jeden Jahres ermöglicht eine zeitnahe und wirksame

Umsetzung, sodass die Anhebung des kostendeckenden Zusatzbeitragssatzes an die Finanzlücke jährlich zum 01.01. möglich wäre.

3.7 Ansatz 7: Eigenverantwortung stärken/Eigenbeteiligung anheben – Wiedereinführung der Praxisgebühr

3.7.1 Einordnung

Die von 2004 bis 2012 bestehende sogenannte Praxisgebühr sah eine quartalsweise Zuzahlung bei der ersten ambulanten Arzt- oder Zahnarztkonsultation vor. Sie wurde 2004 im Zuge des GMG eingeführt und in Form einer Ergänzung des § 28 SGB V um den Absatz 4 umgesetzt (Deutscher Bundestag, 2010). Versicherte waren mit Erreichung des 18. Lebensjahres dazu verpflichtet, eine Zuzahlung i. H. v. 10 Euro pro Quartal nach § 61 Abs. 2 SGB V bei dem ersten (Zahn-)Arzt-/Ärztin-Besuch zu leisten. Für alle weiteren Untersuchungen entfiel die Gebühr. Keine Praxisgebühr wurde im Rahmen der Schwangerenvorsorge erhoben (GMG). Zudem waren Patient:innen von der Zuzahlung befreit, sobald sie eine Überweisung zu dem/der jeweiligen Arzt/Ärztin vorliegen hatten, sie von Zuzahlungen grundsätzlich befreit waren (bei Erreichen der Belastungsgrenze), oder es sich um eine gesetzliche Vorsorgemaßnahme handelte.

Die Praxisgebühr sollte das Nachfrageverhalten der Patient:innen verringern und unnötige medizinische Behandlungen verhindern (SPD, 2012). Im Jahr 2009 wiesen die Versicherten 7,5 Arzt-/Ärztin-Kontakte auf und standen international damit vor anderen Ländern (Ludwig-Maximilians-Universität München, o. J.). Im Jahr 2009 lag – laut der OECD – die Zahl der durchschnittlichen Arzt-/Ärztin-Kontakte bei 6,6 in den Mitgliedsstaaten der OECD (Bundesregierung, 2012).

Darüber hinaus diente die Praxisgebühr zudem der Konsolidierung der GKV-Finzen. Im Jahr 2012 wurde sie im Zuge des Artikel 1 Nr. 2 Assistenzpflegegesetzes abgeschafft (Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen). Grund dafür waren die ausreichenden Rücklagen im Gesundheitsfonds und der Krankenkassen (AOK-Bundesverband, o. J.b). Das Finanzvermögen der Krankenkassen belief sich im Jahr 2012 insgesamt auf 20 Mrd. Euro (Deutscher Bundestag, 2012a). Zudem konnten die Patient:innen entlastet und der Bürokratieaufwand, der mit 360 Mio. Euro jährlich beziffert wurde, minimiert werden. Die Krankenkassen sollten die dadurch entstandenen Mindereinnahmen von 1,8 Mrd. Euro aus dem Gesundheitsfonds erhalten (AOK-Bundesverband, o. J.b).

3.7.2 Wirkung

Die Praxisgebühr führte zu Mehreinnahmen für die GKV i. H. v. rund 1,47 Mrd. Euro im Jahr 2011 (Bundesregierung, 2012). Um die aktuelle finanzielle Wirkung abschätzen zu können, wurden die damaligen Einnahmen mit den heutigen Behandlungsfällen verrechnet. Bei den ärztlichen Behandlungsfällen wurden sämtliche Leistungsfälle betrachtet, wohingegen sich bei den zahnärztlichen Behandlungsfällen auf die konservierend chirurgischen Leistungen beschränkt wurde. Die anhand der Praxisgebühr generierten Einnahmen wurden mithilfe der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungsfälle, die den Statistiken der Gesundheitsberichterstattung des Bundes entnommen worden sind (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2023a, 2023b), sowie dem pauschalen Betrag von 10 Euro verrechnet. In der Tabelle 17 sind diese Einnahmen für die beiden Sektoren und die unterschiedlichen Jahre beziffert. Die Beträge werden jeweils in Mio. Euro angegeben.

Tabelle 17: Einnahmen der Praxisgebühr in den Jahren 2005 bis 2011 in Mio. Euro

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesregierung, 2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ärztliche Behandlung	1.620,10	1.555,80	1.526,30	1.520,60	1.501,90	1.534,40	1.170,60
Zahnärztliche Behandlung	384,10	375,50	372,30	402,60	374,50	391,90	295,30
Gesamt	2.004,20	1.931,30	1.898,60	1.923,20	1.876,10	1.926,30	1.465,90

Im Jahr 2005 – demnach ein Jahr nach der Einführung der Praxisgebühr – zählten die ärztlichen Behandlungsfälle 531,18 Millionen. Die Fälle, die eine Praxisgebühr implizierten, beliefen sich auf 162,01 Millionen. Im Jahr 2010³² lagen die ärztlichen Behandlungsfälle bei 620,16 Millionen und diejenigen mit der Praxisgebühr bei 153,44 Millionen. Dementsprechend implizierten 24,7 % der Fälle im Jahr 2011 eine Praxisgebühr. Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung wurden im Jahr 2004 92,10 Millionen Fälle behandelt. Diejenigen, die eine Praxisgebühr verursachten, sind mit 38,41 Millionen zu beziffern. Im Jahr 2011 belief sich die Anzahl an zahnärztlichen Behandlungsfällen auf 96,95 Millionen und diejenigen mit Praxisgebühr auf 39,19 Millionen. Daraus folgt die Quote an praxisgebührenpflichtigen Fälle im Jahr 2011 von 40,4 %.

Anhand der Quote von 24,7 % aller ärztlichen Behandlungsfälle bzw. 40,4 % aller zahnärztlichen Behandlungsfälle, die eine Praxisgebühr i. H. v. 10 Euro verursachten, kann eine Prognose für ein potenzielles Finanzvolumen in den Jahren 2019-2021 abgegeben werden. Die Beschränkung der zeitlichen Perspektive muss aufgrund der zur Verfügung stehenden limitierten Daten vorgenommen werden.

Die nachfolgende Tabelle 18 bildet die aus der recherchierten Literatur entnommenen ärztlichen Behandlungsfälle ab. Anhand der errechneten Quote von 24,7 % der vertragsärztlichen Behandlungsfällen, bei denen die Praxisgebühr von 10 Euro fällig werden würde, ergeben sich die prognostizierten Fälle mit Praxisgebühr für die Jahre 2019, 2020 und 2021. Auf dieser Basis kann im weiteren Verlauf auf die erwartbaren Einnahmen durch eine Wiedereinführung der Praxisgebühr geschlossen werden. Die Werte in Tabelle 18 werden in Millionen angegeben.

Tabelle 18: Ärztliche Behandlungsfälle in Millionen in den Jahren 2019-2021

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2023a

	2019	2020	2021
Ärztliche Behandlungsfälle insgesamt	654,31	633,79	646,57
Ärztliche Behandlungsfälle mit Praxisgebühr	161,89	156,81	159,97
Quote der Praxisgebühr	24,7 %	24,7 %	24,7 %

³² Die Quote des Jahres 2011 wurde für die Berechnung vorliegend nicht verwendet, da die Datengrundlage ausschließlich die ärztlichen und zahnärztlichen Fälle des 1. bis 3. Quartals 2011 abbildete.

Für die zahnärztliche Behandlung gilt das oben beschriebene Vorgehen gleichermaßen. Die Werte werden jeweils in Millionen angegeben.

Tabelle 19: Zahnärztliche Behandlungsfälle in Millionen in den Jahren 2019 und 2020

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2023b

	2019	2020	2021
Zahnärztliche Behandlungsfälle insgesamt	0,97	0,91	0,94
Zahnärztliche Behandlungsfälle mit Praxisgebühr	0,39	0,37	0,38
Quote der Praxisgebühr	40,4 %	40,4 %	40,4 %

Diese sich aus Tabelle 18 und Tabelle 19 ergebenden Behandlungsfälle, die eine Praxisgebühr implizierten, dienen als Grundlage für die Schätzung der Praxisgebühr für die Jahre 2019, 2020 und 2021. Die Verrechnung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Behandlungsfälle in den Jahren 2019 bis 2021 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2023a, 2023b) mit der jeweiligen Quote des Jahres 2010 i. H. v. 24,7 % bzw. 40,4 % führen zu den erwartbaren ärztlichen sowie zahnärztlichen Fällen, die eine Praxisgebühr verursacht hätten.

Für den ärztlichen Sektor ergeben sich demnach im Jahr 2021 159,97 Mio. Fälle, die eine Praxisgebühr hätten verursachen müssen. Das Produkt aus der Praxisgebühr i. H. v. 10 Euro und den praxisgebührenpflichtigen ärztlichen bzw. zahnärztlichen Behandlungsfällen ergibt das geschätzte Finanzvolumen einer Praxisgebühr. Aus der Tabelle 20 geht hervor, dass die Praxisgebühr gemäß dieses Verhältnisses aus praxisgebührenpflichtigen Fällen und der Gesamtanzahl an Behandlungsfällen im ärztlichen und zahnärztlichen Sektor im Jahr 2019 zu einem Finanzvolumen von 2,01 Mrd. Euro, im Jahr 2020 zu Mehreinnahmen i. H. v. 1,93 Mrd. Euro und im Jahr 2021 zu Mehreinnahmen i. H. v. 1,98 Mrd. Euro geführt hätte. In Tabelle 20 sind die durch die Wiedereinführung einer Praxisgebühr erwartbaren Mehreinnahmen in Mio. Euro abgebildet.

Tabelle 20: Schätzung des Finanzvolumens einer Praxisgebühr in Mio. Euro

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2023a, 2023b

	2019	2020	2021
Ärztliche Behandlung	1.618,9	1.568,1	1.599,7
Zahnärztliche Behandlung	393,6	366,2	379,2
Gesamt	2.012,5	1.934,4	1.978,9

Diese Mehreinnahmen im Jahr 2021 i. H. v. rd. 1,98 Mrd. Euro durch die Wiedereinführung einer Praxisgebühr würden den zusätzlichen Finanzbedarf im Jahr 2024 von 14,1 Mrd. Euro auf 12,12 Mrd. Euro reduzieren. Damit wäre dieser zu 14,04 % geschlossen. Der Zusatzbeitragssatz (ein Beitragssatzpunkt \cong 16,7 Mrd. Euro) könnte in demselben Jahr um 0,1 Prozentpunkte gegenüber einem Szenario ohne Praxisgebühr reduziert werden. Für das Jahr 2025 würden die 1,98 Mrd. Euro den zusätzlichen Finanzbedarf von 18,0 Mrd. Euro auf den Restbetrag von 16,02 Mrd. Euro reduzieren und den Finanzbedarf folglich zu 11,0 % decken. Der Zusatzbeitragssatz im Jahr 2025 (ein Beitragssatzpunkt \cong 17,2 Mrd. Euro) könnte um 0,1 Prozentpunkte gegenüber einem Szenario ohne Praxisgebühr reduziert werden.

Allerdings ist zu erwähnen, dass die finanzielle Wirkung aufgrund des pauschal erhobenen Betrags i. H. v. 10 Euro im Zeitverlauf abnehmen würde, da diese – gemessen an den steigenden Gesamtausgaben – einen prozentual geringer werdenden Anteil abbilden würde. Daneben bleiben bei der vorliegenden Betrachtung die mit der Praxisgebühr verbundenen Verwaltungskosten außen vor. Eine

belastbare Schätzung der Höhe der Verwaltungskosten, die in Verbindung mit der (Wieder)Einführung der Praxisgebühr zulasten der GKV stehen würde, ist nur mittels geeigneter, hier jedoch nicht in der entsprechenden Aktualität vorliegenden, Datenlage möglich. Insofern sind die hier ausgewiesenen finanziellen Wirkungen wahrscheinlich überschätzt.

3.7.3 Folge

Die aus Tabelle 20 hervorgehenden Mehreinnahmen durch die Wiedereinführung einer Praxisgebühr würden mit einer Entlastung der Finanzlage der Krankenkassen einhergehen, was wiederum zu einer Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes beitragen könnte. Letzteres hätte zur Folge, dass die Arbeitgeber:innen hinsichtlich steigender Lohnnebenkosten entlastet würden. Ebenso würde dieser Ansatz den Bund nicht stärker finanziell belasten, wodurch die Beachtung der Schuldenbremse positiv gestützt werden könnte.

Der verhinderten Mehrbelastung der Versicherten durch die Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes stünde allerdings die deutlich erhöhte Finanzlast durch die Zuzahlungen im Rahmen der Praxisgebühr gegenüber. Das betrifft insbesondere Geringverdienende, da die bisherige Praxisgebühr pauschal i. H. v. 10 Euro und demnach einkommensunabhängig bemessen wurde. Gleichwohl wirkt die Härtefallregelung gem. § 62 Abs. 1 SGB V dem entgegen, bei der Versicherte, die innerhalb eines Jahres die Belastungsgrenze an Zuzahlungen überschreiten, von darüber hinaus gehenden Zuzahlungen befreit werden. Zugleich ergäbe sich für sonst beitragsfreie Familienversicherte über 18 Jahre eine höhere finanzielle Belastung, da diese Versichertengruppe zwar die Praxisgebühr aufbringen müsste, demgegenüber aber keine Entlastung durch geringere Beiträge zu erwarten hätte.

Innerhalb der Gruppe der GKV-Versicherten würden Versicherte mit höherer Morbidität gegenüber tendenziell gesünderen Versicherten überproportional belastet werden, da sie häufiger vertragsärztliche und zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Für die Aufhebung dieser Ungleichbehandlung und dieses Widerspruchs gegen das Solidaritätsprinzip müssten Vorschläge zur Verteilung der finanziellen Lasten diskutiert werden. Gleichzeitig kann der tatsächliche finanzielle Unterschied zwischen gesunden und kranken Versicherten nicht abschließend benannt werden, da dieser von dem individuellen Erreichen der Belastungsgrenze abhängig ist.

Die Eigenbeteiligung in diesem Kontext kann mit einer verringerten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen einhergehen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland schätzte einen Rückgang um 2,9 % an Arzt:/Ärzt:innen-/Praxis-Kontakte im Jahr 2004. Dabei variierte dieser je Altersgruppe der Versicherten und Arzt:/Ärztinnen-Gruppe (Koch & Brenner, 2005).

Bei bspw. Gynäkolog:innen (- 11,4 %) und Hautärzt:innen (- 10,7 %) war ein zweistelliger prozentualer Rückgang zu verzeichnen. In Bezug auf die Altersgruppen sanken die Arzt:/Ärzt:innen-Kontakte in der Gruppe der unter 20-Jährigen (zuzahlungsbefreit) um 2,1 %, unter den 20- bis 39-Jährigen um 10,0 %, bei den 40- bis 59-Jährigen um 3,0 % (Koch & Brenner, 2005). Lediglich 4,8 % hatten im Jahr 2004 aufgrund einer Direktinanspruchnahme die Praxisgebühr entrichtet. Der Anteil derer, die aufgrund der Praxisgebühr auf eine medizinische Behandlung verzichtet haben, lag im Jahr 2004 bei 11,4 %.

Im ersten Jahr der Praxisgebühr (2004) zeigte sich eine geringere Inanspruchnahme insbesondere bei sozial schwächer gestellten Versicherten. Personen mit einem monatlichen Nettoeinkommen unter 1.000 Euro gaben im Vergleich zum GKV-Durchschnitt doppelt so häufig an, auf einen Arzt:/Ärzt:innen-Kontakt verzichtet zu haben. Dieses Inanspruchnahmeverhalten veränderte sich allerdings zum Jahr 2005, in dem ausschließlich 9,4 % der Versicherten aufgrund der Praxisgebühr eine medizinische

Konsultation vermieden (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2005). Hier kann die Annahme getroffen werden, dass sich dies u. a. über fehlende Informationen zur Härtefallregelung erklären lässt. Zudem sanken die durchschnittlichen Fallzahlen in den Hausärzt:innenpraxen in den Jahren 2004 und 2005. Ab 2006 stiegen sie jedoch wieder, insbesondere unter den Chirurg:innen, Urolog:innen, Hautärzt:innen, Nervenärzt:innen und den Orthopäd:innen (Heuer, 2016).

Aufgrund dieses Anstiegs nach einer anfänglichen Abnahme lässt sich auf eine Wirkungsabnahme und einen Gewöhnungseffekt schließen. Im Allgemeinen deuten verschiedene Studien – unter anderem das RAND Health Insurance Experiment – darauf hin, dass Selbstbeteiligungen jeglicher Art und so auch die Praxisgebühr zu einer Minderinanspruchnahme medizinischer Leistungen führen. Zudem bewirke die Kostenbeteiligung gleichermaßen die Reduktion nötiger und unnötiger Gesundheitsleistungen, da den Versicherten oftmals das Fachwissen fehle (Brook et al., 2006). Das bestätigten ebenso die damaligen Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die darauf hindeuteten, dass sowohl triviale als auch komplexe Behandlungen vermieden wurden³³.

Eine Forsa-Studie im Auftrag des Sterns ergab, dass 13 % von 1.000 Befragten wegen der Praxisgebühr auf notwendige medizinische Behandlungen oder den Kauf von Medikamenten verzichteten. Unter den sozial schwächer gestellten Personen mit einem monatlichen Nettoeinkommen unter 1.500 Euro vermieden 20,0 % den Ärzt:/Ärzt:innen-Kontakt. Die Verzögerung bis hin zu der Nichtinanspruchnahme von medizinischen Untersuchungen könnten langfristig Folgekosten verursachen, resultierend aus der unmöglichen Wiederherstellung der vollständigen Gesundheit sowie den im Akutfall notwendigen Mehruntersuchungen (Thode, Bergmann, Kamtsiuris & Kurth, 2004). Diese Kosten müssen wiederum von den Krankenkassen und somit von den Beitragszahler:innen getragen werden.

Die Praxisgebühr belastete die Patient:innen vermehrt im hausärztlichen Leistungsbereich, da Zahlungen bei Fachärzt:innen durch Überweisungen vermieden werden konnten (Heuer, 2016). Die gesteigerte Ausstellung von Überweisungen durch die Hausärzt:innen führte in der Zeit der Praxisgebühr zu einer kontrollierten Steuerung der Patient:innen. Das implizierte eine angemessenere und bedarfsgerechtere Versorgung durch eine vorherige fachkundige Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patient:innen sowie die damit einhergehende Reduzierung potenzieller Fachärzt:innenkosten (Olm, 2022). Gleichzeitig stellt dies eine Behandlungskontinuität sicher, in Folge derer der:/die Primärarzt:/Primärärztin eine ganzheitlichere Betreuung und Beurteilung des Gesundheitszustands der Patient:innen gewährleisten und die Gesundheit der Patient:innen verbessert werden kann.

Insgesamt konnten infolge der Praxisgebühr bzw. den daraus resultierenden Steuerungswirkungen Minderausgaben i. H. v. 9,7 Euro in der ambulanten Versorgung pro Patient:in erzielt werden. Im ersten Quartal des Jahres 2011 fanden 3,62 Mio. Fachärzt:innen-Untersuchungen statt, davon waren 1,63 Mio. Fälle hausärztlich gesteuert worden (45,0 %). 1,83 Mio. Fälle (50,6 %) wurden nicht gesteuert (Schneider et al., 2016).³⁴

Nach Abschaffung der Praxisgebühr im ersten Quartal des Jahres 2013 beliefen sich die gesteuerten Fachärzt:innenkontakte ausschließlich auf 883.894 (25,2 %), die ungesteuerten Kontakte hatten demnach einen Anstieg um 24,4 % auf 2,6 Mio. unkoordinierte Behandlungsfälle (74,8 %) (Olm, 2022). Des Weiteren sorgte die Praxisgebühr potenziell für eine verringerte Inanspruchnahme der ambulanten Notfallambulanzen aufgrund der Zahlung des Betrags von 10 Euro (Olm, 2022). Damit könnten die

³³ Da auf die Primärdaten der KBV für vorliegende Untersuchung nicht zugegriffen werden konnte, wird stattdessen auf die Sekundärquelle „Zeigt die Praxisgebühr die erwünschte Wirkung?“ verwiesen (Bauer, Augurzky & Schaffner, 2007).

³⁴ Die Koordination der fehlenden rd. 161.368 Patient:innen (4,5 %) konnte nicht ermittelt werden, da Fachärzt:innen außerhalb der regulären Versorgung konsultiert wurden (Schneider et al., 2016).

gegenwärtig steigenden Zahlen der notfallmedizinischen Inanspruchnahme zumindest temporär bis zum Eintritt des o. g. Gewöhnungseffekts verringert werden.

In den Jahren zwischen 2009 und 2019 ist die Zahl der durch den KV-Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelten Patient:innen jährlich um 12,0 % von 24,9 Mio. auf 27,8 Mio. gestiegen. Dabei kommt es zu einer Überlastung der Notaufnahmen insbesondere aufgrund der überschätzten Selbstbeurteilung der Behandlungsbedürftigkeit durch die Patient:innen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023h). Die Behandlung weniger dringlicher Fälle zulasten von dringenden Fällen beeinträchtigt die Effektivität der Versorgung und kann die Nichtbehandlung von Notfällen verursachen, das wiederum unmittelbar mit Folgen wie erhöhten Kosten oder Sterbefällen einhergehen könnte (Olm, 2022).

Grundsätzlich könnte eine Selbstbeteiligung demnach je nach ärztlicher Fachrichtung Arzt-/Ärztin-Patient:innen-Kontakte reduzieren und folglich zu Kosteneinsparungen führen. Jedoch gehen aus der recherchierten Literatur widersprüchliche Erkenntnisse hervor. In einem systematischen Review wird der Kausalzusammenhang zwischen Zuzahlungen und der damit einhergehenden reduzierten Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzt:innen-Konsultationen, verringerten Nachfrage nach Arzneimitteln sowie den implizit verringerten Kosten beschrieben (Kiil & Houlberg, 2013). Dem gegenüber deuten verschiedene Studien – u. a. (Grabka, Schreyögg & Busse, 2006; Schreyögg & Grabka, 2009) darauf hin, dass die Zuzahlungen keinen (nachhaltigen) Einfluss auf das Nachfrageverhalten der Patient:innen hatten. Eine verringerte Inanspruchnahme jeglicher medizinischer Leistungen war somit nicht ausschließlich auf die Praxisgebühr zurückzuführen, da andere Variablen in den recherchierten Studien nicht auszuschließen waren (wie beispielsweise die Ausweitung der Bereitschaftsdienstzeiten). (Olm, 2022)

Die Wiedereinführung einer pauschalen Praxisgebühr würde allerdings dem Solidaritätsprinzip zwischen Patient:innen und gesunden Versicherten widersprechen (Thode et al., 2004). Sie würden in Abhängigkeit von ihrem medizinischen Bedarf belastet und nicht entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit. So wird neben der Missachtung eines Ausgleichs zwischen einer höheren und niedrigeren Morbidität ebenso kein Ausgleich zwischen geringer und höher Verdienenden vorgenommen. Sozial schwächer gestellte Personen hätten somit prozentual mehr von ihrem zur Verfügung stehenden Einkommen für die medizinische Behandlung zu zahlen.

Ebenso führt die Wiedereinführung der Praxisgebühr zu einem bürokratischen Mehraufwand für die Praxen, welcher unmittelbar mit einer reduzierten Arzt-/Ärztin-Patient:in-Zeit einhergehen würde.³⁵ Die Kosten des administrativen Aufwands beliefen sich jährlich auf 360 Mio. Euro, umgerechnet also rund 4.000 Euro pro Praxis (Deutscher Bundestag, 2012b). In dem Betrag von 10 Euro wurden für die Verwaltungskosten 90 Cent angesetzt. Dem gegenüber stünden nach Angaben der KBV tatsächliche Kosten i. H. v. 1,80 Euro pro Fall (o.V., 2004).

Der erhebliche zeitliche Mehraufwand ergab sich aus der täglichen Dokumentation der Praxisgebühren-Einnahmen gemäß § 146 Abs. 1 AO, nach denen die Leistungserbringer:innen dazu verpflichtet sind, ihre sogenannten Betriebseinnahmen regelmäßig, zeitgerecht und vollständig zu dokumentieren (NWB Verlag GmbH & Co. KG, o. J.). Unter dem Begriff Betriebseinnahmen, für den keine Legaldefinition vorliegt, werden nach §§ 8 Abs.1 und 4 Abs. 4 EStG alle Zugänge in Form von Geld oder Geldeswert verstanden, die durch einen Betrieb veranlasst sind (Bach, o. J.). Das BMF veranlasste in einem

³⁵ Da die Originalquelle des Hartmannbundes vorliegend nicht zugänglich war, wird die Sekundärquelle zitiert (Rieser, 2004).

Schreiben, die Praxisgebühr als eine Betriebseinnahme zu werten und stellte klar, dass die Leistungserbringer:innen die Zuzahlungen nach § 43b Abs. 1 S. 2 SGB V (aufgehoben) selbst einbehalten sollten. Statt der Abgabe an die Krankenkassen wird das Honorar der/:/des Leistungserbringer:in um die Höhe gekürzt, die er an Zuzahlungen durch die Praxisgebühr erhalten hat. Der Bundesmantelvertrag sowie die §§ 294, 295 Abs. 1 SGB V schreiben die Aufzeichnungs- und Mitteilungspflicht der Ärzt:innen an die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) oder anderen mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen vor. Des Weiteren muss die Besteuerung der Praxisgebühr nach § 140 AO berücksichtigt werden (NWB Verlag GmbH & Co. KG, o. J.). Der erhebliche bürokratische Mehraufwand wurde von verschiedensten Positionen kritisiert und ebenso als Grund für die Aufhebung der Praxisgebühr aufgeführt (Deutscher Bundestag, 2012b).

Mit der Umsetzung dieser Maßnahme sollte die Dynamisierung der Praxisgebühr thematisiert werden. Durch eine fixe Pauschale bei gleichzeitig vom Trend her jährlich zunehmenden Leistungsausgaben in der GKV sinkt mit dem zeitlichen Verlauf die monetäre Wirkung dieser Maßnahme, was konsequenterweise vermieden werden sollte.

3.7.4 Umsetzbarkeit

Damit die Praxisgebühr sinnvoll und wirksam umgesetzt werden könnte, müsste vorerst die Höhe so festgelegt werden, dass es zu keiner finanziellen Überlastung der Versicherten käme, aus der eine Vermeidung notwendiger ärztlicher Kontakte resultieren würde. Gleichzeitig sollte das finanzielle Ausmaß der Praxisgebühr der Kompensation des zusätzlichen Finanzbedarfs in den kommenden Jahren dienen. In den vergangenen Jahren wurde die Wiedereinführung der Praxisgebühr mehrfach diskutiert. Würde sie erneut etabliert, könnte eine Orientierung an dem GMG aus dem Jahr 2003 erfolgen, das die Einführung der Praxisgebühr festschrieb. Art. 1 Nr. 15b GMG bewirkte die Ergänzung des § 28 Abs. 4 SGB V, der die Höhe und die Bedingungen der Zahlungen enthielt (GMG). Der Gesetzentwurf der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU und der SPD lag am 08.09.2003 vor. Es bedurfte der Zustimmung des Bundesrates. Beteiligt an diesem Reformgesetz waren u. a. federführend der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung, der Finanzausschuss, der Haushaltsausschuss, der Innenausschuss und der Rechtsausschuss. Am 26.09.2003 wurde das Gesetz vom Bundestag verabschiedet, am 17.10.2003 erhielt es die Zustimmung des Bundesrates und verkündet wurde es am 14.11.2003. Weitere Artikel traten teilweise später in Kraft (Deutscher Bundestag, 2003). Die Verabschiedung des Gesetzes hat demnach ausschließlich 2 Monate benötigt, wodurch auch dieser Ansatz zeitlich bis zum 01.01.2024 umsetzbar wäre.

Darüber hinaus müssen ebenso Regelungen, die die Verwaltung und den administrativen Umgang mit der Praxisgebühr betreffen, aufgestellt und umgesetzt werden. Dabei kann sich an den früheren gesetzlichen Rahmenbedingungen orientiert werden. Wie bereits unter 3.7.3 dargestellt, galten für die Praxisgebühr unterschiedliche administrative Regelungen, die neben der Dokumentationspflicht ebenso die Häufigkeit der Aufzeichnungen festschrieben (NWB Verlag GmbH & Co. KG, o. J.). Das BMF hatte die Praxisgebühr im Jahr 2008 zu einer Betriebseinnahme erklärt, wodurch die Leistungserbringer:innen die Zuzahlungen selbst verwalten mussten. Außerdem würde deren Honorar um die Höhe gekürzt werden, die sie an Praxisgebühreneinnahmen erzielt haben (Sohrweide, 2008). Die Anpassungen des Bundesmantelvertrags zur (Wieder-)Einführung der administrativen Regelungen der Praxisgebühren können erst nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens umgesetzt werden und sind bei der Zeitplanung zur Wirksamkeit der Umsetzung zu beachten.

3.8 Ansatz 8: Absenkung der Krankengeldhöhe

3.8.1 Einordnung

Der Anspruch der krankengeldberechtigten Mitglieder auf Krankengeld (KG) wird in § 44 SGB V geregelt. Es wird im Anschluss an die sechswöchige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall an die Arbeitnehmer:innen gezahlt. Die Entgeltfortzahlung durch den/die Arbeitgeber:in wird im Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) geregelt; darauf wird im Rahmen dieser Expertise allerdings nicht näher eingegangen. Anders als das Arbeitsentgelt wird das KG als eine Leistung von der Krankenkasse finanziert. Derzeit haben Versicherte nach § 44 SGB V Anspruch auf KG, wenn sie in Folge einer Erkrankung arbeitsunfähig werden oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus bzw. in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Ergänzend kam im Jahr 2012 in Folge des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes der § 44a SGB V hinzu, der die Zahlung von Entgeltfortzahlung bei Organspende vorschreibt (Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes). Hierbei werden dem/die Arbeitgeber:in bis zu einer bestimmten Betriebsgröße das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die damit verbundenen Sozialversicherungsbeiträge auf Antrag von der Krankenkasse erstattet.

Derzeit beläuft sich die Höhe des KG nach § 47 SGB V auf 70,0 % des Bruttolohns bzw. 90,0 % des Nettolohns, maximal allerdings auf 116,38 Euro täglich. Der Höchstbetrag entspricht dem Einkommen unter Heranziehung der BBG und wird insbesondere bei freiwillig Versicherten angesetzt, deren Einkommen über die BBG hinaus geht (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b). Von diesem Betrag werden zusätzlich Beiträge für die gesetzliche RV (9,3 %), SPV (1,525 %) und ALV (1,3 %) abgezogen. Deren Höhe beläuft sich demnach auf 12,125 % (exklusive des Beitragszuschlags für Kinderlose in der SPV) (Finkenbusch, o. J.).

Nach § 48 SGB V haben Versicherte grundsätzlich einen unbeschränkten Anspruch auf die Zahlung von KG. Besteht die Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund derselben Erkrankung, begrenzt sich die Zahlung auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. Der durch Beitragszahlungen erworbene Anspruch erneuert sich nach § 48 Abs. 2 SGB V, wenn eine andere Erkrankung erneut eine Arbeitsunfähigkeit verursacht. Der Anspruch erneuert sich ebenso nach § 48 Abs. 2 SGB V, wenn der/die Erwerbstätige drei Jahre nach dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit wieder durch dieselbe Krankheit arbeitsunfähig wird, zwischenzeitlich jedoch mindestens sechs Monate erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

In den vergangenen Jahrzehnten stiegen die Ausgaben für das KG zunehmend an, nachdem sie in den 90-er Jahren nach der Absenkung von 80,0 % auf maximal 70,0 % des Bruttolohns von 9,3 Mrd. Euro (1996) um 1,9 Mrd. Euro auf 7,4 Mrd. Euro (1997) abnahmen. In den Jahren zwischen 1997 und 2009 betragen die Ausgaben zwischen 5,71 Mrd. Euro im Jahr 2006 und 7,7 Mrd. Euro im Jahr 2001 (Gerlach et al., 2015). In den Jahren 2007 bis 2014 stiegen die Ausgaben für das KG mit durchschnittlich 8,1 % stärker an als die Leistungsausgaben der GKV insgesamt (Gerlach et al., 2015). In dem Zeitraum 2014 bis 2022 war ein Wachstum der KG-Ausgaben von 6,8 % zu verzeichnen.³⁶

Damit ist das Wachstum der KG-Ausgaben im Vergleich zu den Vorjahren rückläufig. Dennoch übersteigt es den Anstieg der Leistungsausgaben der GKV im Jahr 2022, das sich auf 4,3 % beläuft

³⁶ Die Werte sind den jeweiligen KJ1-Statistiken (endgültige Rechnungsergebnisse) der Jahre 2014 bis 2021 sowie der KV45-Statistik (vorläufige Rechnungsergebnisse) des Jahres 2022 zu entnehmen (Bundesministerium für Gesundheit, o. J.).

(Bundesministerium für Gesundheit, 2023j). Im Jahr 2022 beliefen sich die KG-Ausgaben auf 18,0 Mrd. Euro (GKV-Spitzenverband, 2023).

Eine Möglichkeit zur Verringerung des zu erwarteten zusätzlichen Finanzbedarfs der GKV ist die Höhe des KG-Anspruchs von 70,0 % des Bruttogehalts und maximal 90,0 % des Nettogehalts auf 50,0 % des Bruttogehalts und max. 70,0 % des Nettogehalts zu senken.

3.8.2 Wirkung

Im Folgenden wird anhand vier unterschiedlicher Gehälter die Wirkung eines reduzierten KG von 70,0 % des Bruttolohns bzw. 90,0 % des Nettolohns auf 50,0 % des Bruttolohns bzw. 70,0 % des Nettolohns dargestellt. Von diesen beiden Geldwerten wird sich schließlich für den niedrigeren von beiden entschieden, von dem im weiteren Schritt die Sozialversicherungsbeiträge abgezogen werden (\cong 12,125 %). Dabei wird das entsprechende KG pro Tag berechnet. Unterschieden wird dabei zwischen einem höheren, einem mittleren und einem niedrigen Einkommen sowie einem (mittleren) Einkommen mit hohen Abgaben.

Für die beispielhafte Berechnung eines höheren Einkommens wird von einem monatlichen Bruttolohn von 5.000 Euro ausgegangen, der Nettolohn liegt bei 3.000 Euro. Der Bruttotageslohn, der 1/30 des Monatslohns entspricht, beträgt 166,67 Euro, der Nettotageslohn beträgt 100,0 Euro. 70,0 % des Bruttotageslohns belaufen sich auf 116,67 Euro, 90,0 % des Nettotageslohns ergeben einen Betrag von 90,0 Euro. Demnach würden die 90,0 Euro an die KG-Empfänger:innen ausgezahlt werden. Abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge ergibt sich derzeit ein Tagessatz an KG i. H. v. 79,1 Euro. Die Tabelle 21 stellt die Berechnungen dar.

Tabelle 21: Derzeitiges KG bei einem Bruttolohn von 5.000 Euro
Quelle: Eigene Darstellung

		1/30 des Tageslohns in Euro	70 % des Tageslohns in Euro	90 % des Tageslohns in Euro	Lohn in Euro abzüglich Sozialversicherungsbeiträge
Bruttolohn in Euro	5.000	166,67	116,67		
Nettolohn in Euro	3.000	100		90	79,09

Aus der folgenden Tabelle 22 ist das alternative KG i. H. v. 50,0 % des Bruttolohns bzw. 70,0 % des Nettolohns ersichtlich. 50,0 % des Bruttotageslohns von 166,7 Euro entsprechen einem Betrag von 83,3 Euro. 70,0 % des Nettotageslohns ergeben 70,0 Euro. Letztere würden als Berechnungsgrundlage dienen. Abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge verbleibt ein Rest-Tages-KG i. H. v. 61,5 Euro. Der KG-Satz würde sich um 22,2 % reduzieren.

Tabelle 22: Alternative KG-Berechnung für einen Bruttolohn von 5.000 Euro
Quelle: Eigene Darstellung

		1/30 des Tageslohns in Euro	50 % des Tageslohns in Euro	70 % des Tageslohns in Euro	Lohn in Euro abzüglich Sozialversicherungsbeiträge
Bruttolohn in Euro	5.000	166,67	83,34		

Nettolohn in Euro	3.000	100		70	61,51
--------------------------	-------	-----	--	----	-------

Äquivalent zu dieser Berechnung wird in der nachfolgenden Tabelle das KG für ein mittleres Einkommen abgebildet. Hierbei wird ein Bruttoeinkommen von 3.000 Euro angenommen, woraus ein Nettoeinkommen von 1.800 Euro folgt. Daraus ergibt sich der Bruttotageslohn i. H. v. 100,0 Euro, der Nettotageslohn beläuft sich auf 60,0 Euro. 70,0 % des Bruttotageslohns entsprechen 70,0 Euro, 90,0 % des Nettotageslohns liegen bei 54,0 Euro, der als Richtwert angenommen wird. Es ergibt sich ein Tages-KG abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge von 47,5 Euro.

Tabelle 23: Derzeitiges KG bei einem Bruttolohn von 3.000 Euro

Quelle: Eigene Darstellung

		1/30 des Tageslohns in Euro	70 % des Tageslohns in Euro	90 % des Tageslohns in Euro	Lohn in Euro abzüglich Sozialversicherungsbeiträge
Bruttolohn in Euro	3.000	100	70		
Nettolohn in Euro	1.800	60		54	47,45

Die Tabelle 24 folgt dem Schema der Tabelle 22, weshalb die Berechnungen nicht erneut erläutert werden. Das Tages-KG von 36,9 Euro entspricht, bei der Absenkung des KG auf 50,0 % des Brutto- bzw. 70,0 % des Nettolohns, wie auch in Tabelle 22 ersichtlich wird, 77,1 % des ursprünglichen Tages-KG.

Tabelle 24: Alternative KG-Berechnung für einen Bruttolohn von 3.000 Euro

Quelle: Eigene Darstellung

		1/30 des Tageslohns in Euro	50 % des Tageslohns in Euro	70 % des Tageslohns in Euro	Lohn in Euro abzüglich Sozialversicherungsbeiträge
Bruttolohn in Euro	3.000	100	50		
Nettolohn in Euro	1.800	60		42	36,91

Tabelle 25 stellt das zustehende Tages-KG bei einem monatlichen Bruttolohn von 1.500 Euro dar. Abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge bleibt derzeit ein KG von 27,7 Euro pro Tag übrig.

Tabelle 25: Derzeitiges KG bei einem Bruttolohn von 1.800 Euro

Quelle: Eigene Darstellung

		1/30 des Tageslohns in Euro	70 % des Tageslohns in Euro	90 % des Tageslohns in Euro	Lohn in Euro abzüglich Sozialversicherungsbeiträge
Bruttolohn in Euro	1.500	50	35		
Nettolohn in Euro	1.050	35		31,50	27,68

Bei einer in diesem Ansatz intendierten Absenkung des KG-Satzes auf 50 % des Brutto- bzw. 70 % des Nettolohns ergibt sich bei einem Bruttoeinkommen von 1.500 Euro monatlich ein Tages-KG i. H. v. 21,5 Euro, wie in Tabelle 26 ersichtlich wird. Hier würde der Betrag im Vergleich zum derzeit gültigen Tages-KG-Betrag um 25,0 % sinken.

Tabelle 26: Alternative KG-Berechnung für einen Bruttolohn von 1.500 Euro
Quelle: Eigene Darstellung

		1/30 des Tageslohns in Euro	50 % des Tageslohns in Euro	70 % des Tageslohns in Euro	Lohn in Euro abzüglich Sozialversicherungsbeiträge
Bruttolohn in Euro	1.500	50	25		
Nettolohn in Euro	1.050	35		24,50	21,53

Die letzte Beispielberechnung in Tabelle 27 erfolgt auf Grundlage eines Bruttoeinkommens von 3.000 Euro, von dem allerdings mehr Abgaben abgezogen werden. Daraus ergibt sich der Nettolohn von 1.400 Euro. Es verbleibt nach den Abzügen ein Tages-KG i. H. v. 36,9 Euro.

Tabelle 27: Derzeitiges KG bei einem Bruttolohn von 3.000 Euro mit höheren Abgaben
Quelle: Eigene Darstellung

		1/30 des Tageslohns in Euro	70 % des Tageslohns in Euro	90 % des Tageslohns in Euro	Lohn in Euro abzüglich Sozialversicherungsbeiträge
Bruttolohn in Euro	3.000	100	70		
Nettolohn in Euro	1.400	46,67		42	36,91

Wie in Tabelle 28 ersichtlich, ergibt sich bei der Anpassung des Krankengelds gemäß diesem Ansatz ein Tages-KG nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge i. H. v. 28,7 Euro. Äquivalent zu den anderen Berechnungen bildet dieser Betrag das bisherige Krankengeld zu 77,8 % ab.

Tabelle 28: Alternative KG-Berechnung für einen Bruttolohn von 3.000 Euro mit höheren Abgaben
Quelle: Eigene Darstellung

		1/30 des Tageslohns in Euro	50 % des Tageslohns in Euro	70 % des Tageslohns in Euro	Lohn in Euro abzüglich Sozialversicherungsbeiträge
Bruttolohn in Euro	3.000	100	50		
Nettolohn in Euro	1.400	46,67		32,67	28,71

Die mit einer Absenkung der KG-Höhe verbundene finanzielle Wirkung kann nicht abschließend festgestellt werden. Die Kürzung des KG von 80,0 % auf 70,0 % im Jahr 1997 in Folge des Beitragsentlastungsgesetzes (BeitrEntlG) führte zu einer Reduktion der absoluten Ausgaben um 20,6 % (CDU & FDP, 1996). Die Ausgaben sanken dementsprechend von 9,3 Mrd. Euro im Jahr 1996 auf 7,4 Mrd. im Jahr 1997 (Gerlach et al., 2015). Damit ergaben sich Einsparungen i. H. v. 1,9 Mrd. Euro. Gemäß den Berechnungen in Tabelle 21 bis Tabelle 28 führt die Reduktion des KG von 70,0 % auf 50,0 % des

Bruttolohns bzw. von 90,0 % auf 70,0 % des Nettolohns zu reduzierten Ausgaben um 23,1 %. Verrechnet mit den in 3.8.1 benannten KG-Ausgaben i. H. v. 18,0 Mrd. Euro im Jahr 2022 würde der Ansatz die KG-Ausgaben um 4,2 Mrd. Euro und demnach auf 13,8 Mrd. Euro senken.

Die dadurch zu erwartenden Minderausgaben der GKV i. H. v. 4,2 Mrd. Euro würden den zusätzlichen Finanzbedarf im Jahr 2024 von 14,1 Mrd. Euro auf 9,9 Mrd. Euro reduzieren und diese somit zu 29,8 % decken. Außerdem könnte der Beitragssatz (1 Prozentpunkt \cong 16,7 Mrd. Euro) im Jahr 2024 im Vergleich zu einem Szenario ohne Absenkung der Höhe des KG um 0,3 Prozentpunkte gesenkt werden. Für das Jahr 2025 würden die Mehreinnahmen einen Restfinanzbedarf der anfänglich 18,0 Mrd. benötigten Euro von 13,8 Mrd. Euro ergeben. Damit deckt die Summe den Betrag zu 23,3 %. Verrechnet mit dem erwarteten Beitragssatz (1 Prozentpunkt \cong 17,2 Mrd. Euro) könnte sich dieser im Jahr 2025 um 0,2 Prozentpunkte reduzieren.

Die Entwicklung der KG-Ausgaben wird neben der Höhe des KG zusätzlich durch verschiedene andere Faktoren beeinflusst, die auf die KG-Eintrittswahrscheinlichkeit und die KG-Bezugsdauer wirken, wie z. B. das Geschlecht, das Alter, die spezifische Morbidität (unabhängig von Alter und Geschlecht) und den Versichertenstatus (Gerlach et al., 2015). Die Höhe der KG-Ausgaben nahm in den vergangenen Jahren stetig zu, allerdings kam es in den vergangenen Jahrzehnten ebenso zu Schwankungen (Gerlach et al., 2015), die sich aufgrund der benannten exogenen, nicht beeinflussbaren Faktoren ergaben (Gerlach et al., 2015). Folglich ist die Absenkung der KG-Höhe nicht zwangsläufig mit einer nachhaltigen Kostenstabilisierung oder erheblichen Minderausgaben für die GKV verbunden.

3.8.3 Folge

Die durch die Senkung des KG entstehenden Minderausgaben können in erster Linie eine finanzielle Entlastung der Krankenkassen bewirken, die dadurch grundsätzlich ihre Leistungsausgaben senken könnten. Dies führt unmittelbar zu einer finanziellen Entlastung der beitragspflichtigen Mitglieder und der Arbeitgeber:innen, da dieser Ausgabenpunkt zunächst den Zusatzbeitragssatz stabilisieren oder senken könnte. Des Weiteren wäre der Bund auch bei diesem Ansatz nicht an der Deckung des zusätzlichen Finanzierungsbedarfs beteiligt. Dieses würde – wie bereits in 3.4.3 erläutert – somit eine zusätzliche finanzielle Belastung des Bundes verhindern.

Jedoch führt ein reduziertes KG neben der Entlastung der beitragspflichtigen Mitglieder auf der Beitragsseite gleichermaßen zu einer Belastung der krankengeldberechtigten Mitglieder, da ihnen im Krankheitsfall eine um rd. 23,1 % geringere Lohnersatzleistung zur Verfügung stünde. Es handelt sich also um eine Umverteilung der finanziellen Belastungen innerhalb der Gruppe der GKV-Mitglieder zugunsten der nicht-KG-berechtigten Mitglieder und zulasten der KG-berechtigten Mitglieder mit KG-auslösender AU-Morbidität.

Mittelbar könnte eine Absenkung der Krankengeldanspruchshöhe wiederum zur Folge haben, dass die KG-beziehenden Mitglieder neue Ansprüche für andere Unterstützungsleistungen erhalten, etwa wenn die individuelle KG-Höhe nicht ausreicht, um die Kosten für den Lebensunterhalt begleichen zu können. Somit würde es ebenfalls zu einer Mehrbelastung des Bundeshaushaltes bzw. der Versicherten oder der Gesamtgesellschaft kommen, abhängig davon, ob Arbeitslosengeld-I oder -II empfangen werden würde. Gleichzeitig könnte teilweise auf die Arbeitgeber:innen eine Mehrbelastung zukommen, wenn ein dann wahrscheinlich breiterer Konsens für einen KG-Zuschuss in Form einer definierten Höhe der Gesamtabdeckung in Tarifverträgen oder Betriebsvereinbarungen erzielt wird.

3.8.4 Umsetzbarkeit

Das bereits angesprochene BeitrEntlG aus dem Jahr 1996 intendierte die Senkung des KG von 80 % des Bruttoentgelts auf 70,0 % § 47 BeitrEntlG. Grund für das Gesetz war neben der Stabilisierung des Wirtschaftsstandorts Deutschland aufgrund eines hohen Niveaus an Steuern und Sozialversicherungsabgaben ebenso die Konsolidierung der Sozialversicherungshaushalte und die Reduzierung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (CDU & FDP, 1996). Der Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU und der Fraktion der FDP lag am 10.05.1996 vor. Neben dem federführenden Ausschuss für Gesundheit beteiligten sich unter anderem der Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, der Ausschuss für Wirtschaft und der Haushaltsausschuss an dem Gesetzborgang. Das Gesetz konnte ohne die Zustimmung des Bundesrates verabschiedet werden. Das Gesetz ist schließlich am 01.11.1997 in Kraft getreten (Deutscher Bundestag, 1997). Das reine Gesetzgebungsverfahren dauerte demnach rund sechs Monate. Die zeitliche Umsetzung dieses Ansatzes wäre bis zum 01.01.2024 damit grundsätzlich möglich.

3.9 Ansatz 9: Konkretisierung einer Begrenzung des jährlichen Ausgabenzuwachses durch die konsequente Berücksichtigung der Beitragsstabilität in den Versorgungsverträgen für die Jahre 2024/2025

3.9.1 Einordnung

Das vierte Kapitel des SGB V enthält gesetzliche Bestimmungen über die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringer:innen. Nach § 71 Abs. 1 SGB V sind die Vergütungen in den Verträgen derart auszugestalten, dass eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes der GKV i. H. v. 14,6 % der bpE nach § 241 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen werden kann. Diese sei ausschließlich zulässig, wenn ansonsten die notwendige medizinische Versorgung gefährdet wäre.

Gemäß § 71 Abs. 2 SGB V darf die Veränderungsrate der Vergütung diejenige des Einnahmewachstums nicht übersteigen. Im Gegensatz dazu liegt für den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz, der im Jahr 2023 durchschnittlich 1,6 % der bpE beträgt (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a), keine Beitragssatzbegrenzung nach § 242 SGB V vor. Der Zusatzbeitragssatz soll nach § 242 Abs. 1 SGB V entsprechend dem anfallenden Finanzbedarf bemessen werden und geht insofern mit erforderlichen Beitragssatzsteigerungen einher. Einfluss auf die Leistungsausgaben in der GKV und letztendlich damit auch auf den Zusatzbeitrag haben hierbei die an zahlreichen Stellen im Gesundheitswesen zwischen den (Verbänden resp. Vertretungen der) Krankenkassen und den (Verbänden resp. Vertretungen der) Leistungserbringer:innen geschlossenen Verträge, die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungserbringer:innen enthalten (Schreyögg & Busse, 2022). So regeln die Akteure oder ihre Interessensvertretungen die Beziehungen zu anderen Akteuren im Sinne der Selbstverwaltung innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens eigenständig. Dazu zählen beispielsweise folgende Versorgungsverträge (Schreyögg & Busse, 2022).

- Im ambulanten Sektor zwischen den Krankenkassenverbänden auf regionaler Ebene mit der jeweiligen KV bzw. KZV nach § 83 SGB V. Dabei verhandeln sie einen Gesamtvertrag nach § 83 SGB V über die Gesamtvergütung (zahn)ärztlicher Leistungen nach § 85 SGB V.
- Im stationären Sektor entsteht der Versorgungsvertrag automatisch mit der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan bzw. in das Hochschulverzeichnis. Nach § 109 SGB V können die Landesverbände der Krankenkassen zusätzlich individuelle Versorgungsverträge mit einzelnen Krankenhäusern schließen.

- Im Kontext der Arzneimittel für die Apotheken verhandelt der GKV-SV mit dem Spitzenverband der Apotheken einen Rahmenversorgungsvertrag. Die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Landesverbände der Apotheken konkretisieren in gemeinsamen Verträgen die Versorgung nach § 129 SGB V.
- Für sonstige Leistungsbereiche (u. a. Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, ambulante Palliativversorgung und Krankentransporte) verhandelt der GKV-SV mit den jeweiligen Organisationen der Leistungserbringer:innen beispielsweise nach § 125 SGB V über die Preise der einzelnen Leistungen für den Bereich der Heilmittel. Für die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V und die Palliativversorgung nach § 132d SGB V handeln ebenso der GKV-SV und die (Verbände resp. Vertretungen der) Leistungserbringer:innen Rahmenbedingungen aus. Für den Hilfsmittelbereich nach § 127 SGB V schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit den (Verbänden resp. Vertretungen der) Leistungserbringer:innen einzelne Verträge ab.

Die angesprochenen Verträge unterliegen zum Teil gesetzlichen Rahmenbedingungen, die eine Beitragssatzstabilität befördern können. Dazu zählt beispielsweise der in Abschnitt 3.9.3 dargestellte Fixkostendegressionseffekt nach § 4 Abs. 2a KHEntgG. Grundsätzlich ist es aber nicht die Intention des Gesetzgebers, auf diesem Weg eine Beitragssatzstabilität zu erreichen. Stattdessen liegt der Fokus auf dem Fortbestehen eines solidarischen Wettbewerbs innerhalb der GKV, der auf Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet ist (Deutscher Bundestag, 2019). Bisher lehnt die Bundesregierung eine Begrenzung der Gesamtvergütung – auch bei einer potenziell drohenden Nichteinhaltung der Beitragssatzstabilität – ab (Bundesregierung, 2013).

Im Rahmen des hier darzustellenden Ansatzes soll die Begrenzung der Leistungsausgaben in Betracht gezogen werden, indem durch eine gesetzliche Regelung die Beitragsstabilität dadurch sichergestellt wird, dass in den Versorgungsverträgen nur noch eine Steigerung der Ausgaben bis zur Höhe des jährlichen Zuwachses der Beitragseinnahmen in der GKV ermöglicht wird.

3.9.2 Wirkung

In diesem Abschnitt wird untersucht, wie stark die Ausgaben in jedem Leistungsbereich maximal steigen dürften, um die Beitragssatzstabilität nicht zu gefährden – also, wie hoch der jährliche Zuwachs an Leistungsausgaben in den einzelnen Bereichen sein darf, um die Wachstumsrate der bpE nicht zu übersteigen. Für diese Betrachtung wurden die Leistungsausgaben aus der KV45 der aktuell verfügbaren Jahre 2020 bis 2022 zugrunde gelegt (Bundesministerium für Gesundheit, 2022g, 2023j), die in Tabelle 29 dargestellt sind. Eine Prognose für die Jahre 2024/2025 wäre zum aktuellen Zeitpunkt mit zu großen Unsicherheiten behaftet, sodass die Wirkung in einer zurückblickenden Bewertung veranschaulicht werden soll.

Tabelle 29: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 2020 und 2022 auf Basis der KV45 des 1. bis 4. Quartals

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesministerium für Gesundheit, 2022g, 2023j

Leistungsbereich	1.-4. Quartal 2020 in Mio. Euro	1.-4. Quartal 2021 in Mio. Euro	1.-4. Quartal 2022 in Mio. Euro
ärztliche Behandlung	44.049	44.823	46.346
zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	11.545	12.460	12.923
Zahnersatz	3.318	3.954	3.883
Arzneimittel	43.273	46.653	48.887

Hilfsmittel	9.247	9.778	10.368
Heilmittel	8.844	10.300	11.026
Krankenhausbehandlung	81.544	85.128	87.475
Krankengeld	15.952	16.612	17.958
Fahrkosten	7.120	7.565	8.394
Vorsorge- und Rehamaßnahmen	3.113	3.463	3.835
Schutzimpfungen (ohne ärztliches Honorar)	2.019	2.219	2.543
Früherkennung	2.402	2.699	2.639
Schwangerschaft/Mutterschaft (ohne stationäre Entbindung und ärztliche Leistungen)	1.536	1.620	1.546
Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege	7.336	7.801	8.389
Sonstige Leistungsausgaben	7.365	7.720	7.905
Ausgaben für Leistungen insgesamt	248.661	262.796	274.117

Tabelle 30 stellt das absolute sowie prozentuale Wachstum der Leistungsausgaben der GKV von 2020 auf 2021 sowie von 2021 auf 2022 dar. Die Summe der Leistungsausgaben stieg von 2020 auf 2021 um 14,1 Mrd. Euro (5,7 %). Von 2020 auf 2021 wiesen die Bereiche Zahnersatz (19,2 %), Heilmittel (16,5 %), Früherkennung (12,4 %) sowie Vorsorge- und Rehamaßnahmen (11,2 %) die höchsten Wachstumsraten auf. Das höchste absolute Wachstum verzeichneten die Bereiche Krankenhausbehandlung (3,6 Mrd. Euro), Arzneimittel (3,4 Mrd. Euro) sowie Heilmittel (1,5 Mrd. Euro).

Die Summe der Leistungsausgaben stieg von 2021 auf 2022 um 11,3 Mrd. Euro (4,3 %). Von 2021 auf 2022 wiesen die Bereiche Schutzimpfungen (ohne ärztliches Honorar; 14,6 %), Fahrkosten (11,0 %), Vorsorge- und Rehamaßnahmen (10,7 %) sowie Krankengeld (8,1 %) die höchsten Wachstumsraten auf. Das höchste absolute Wachstum konnte in den Bereichen Krankenhausbehandlung (2,3 Mrd. Euro), Arzneimittel (2,2 Mrd. Euro) sowie ärztliche Behandlung (1,5 Mrd. Euro) nachgewiesen werden, was der Größe dieser drei Leistungsbereiche im Kontext der Gesamtausgaben folgt.

Zur Betrachtung der Begrenzung der Wachstumsraten wurden die, für die Jahre 2021 und 2022 vorliegenden, bpE verwendet, die jährlich vom GKV-Schätzerkreis für das folgende Kalenderjahr prognostiziert und im Schätztableau veröffentlicht werden. Die am 13.10.2020 veröffentlichte Schätzung des BMG und des BAS sah ein Wachstum der bpE für 2021 um 2,4 % vor (GKV-Schätzerkreis, 2020).

Die am 13.10.2021 veröffentlichte Schätzung des GKV-Schätzerkreises belief sich für 2022 auf die gleiche Wachstumsrate (GKV-Schätzerkreis, 2021)³⁷. Zur Umsetzung des in diesem Abschnitt zu diskutierten Ansatzes, sollte somit die Wachstumsrate der Leistungsausgaben in keinem der Leistungsbereiche oder in der Gesamtbetrachtung 2,4 % übersteigen. Es zeigt sich allerdings, dass die Wachstumsrate

³⁷ Bei der Umsetzung des hier angesprochenen Ansatzes ist eine Prognose der bpE erforderlich, auf deren Grundlage das jährlich mögliche Wachstum der Leistungsausgaben bestimmt und eine entsprechende Vorgabe für den Abschluss von Versorgungsverträgen gemacht werden kann. Aus diesem Grund wurden nicht die Werte für das Wachstum der bpE des Schätzerkreises genutzt, die nah an der Realität liegen (für das Jahr 2021 wäre dies bspw. der Wert aus dem Schätztableau vom 13.10.2022), sondern es finden die im Vorjahr prognostizierten Werte Anwendung (für 2021 somit auf Grundlage des Schätztableaus vom 13.10.2020).

2021 in allen Bereichen außer der ärztlichen Behandlung über dieser Grenze lag. 2022 befand sich die Wachstumsrate der Leistungsausgaben nur in den Bereichen Zahnersatz, Früherkennung sowie Schwangerschaft/Mutterschaft (ohne stationäre Entbindung oder ärztliche Leistungen) unterhalb von 2,4 %.

Tabelle 30: Wachstum der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 2020 und 2022 auf Basis der KV45 des 1. bis 4. Quartals

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesministerium für Gesundheit, 2022g, 2023j

Leistungsbereich	Abs. Differenz in Mio. Euro 1.-4. Quartal 2021 zu 1.-4. Quartal 2020	Differenz in Prozent 1.-4. Quartal 2021 zu 1.-4. Quartal 2020	Abs. Differenz in Mio. Euro 1.-4. Quartal 2022 zu 1.-4. Quartal 2021	Differenz in Prozent 1.-4. Quartal 2022 zu 1.-4. Quartal 2020
ärztliche Behandlung	774	1,8 %	1.522	3,4 %
zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	916	7,9 %	462	3,7 %
Zahnersatz	637	19,2 %	-71	-1,8 %
Arzneimittel	3.380	7,8 %	2.234	4,8 %
Hilfsmittel	531	5,7 %	590	6,0 %
Heilmittel	1.457	16,5 %	726	7,0 %
Krankenhausbehandlung	3.584	4,4 %	2.347	2,8 %
Krankengeld	659	4,1 %	1.347	8,1 %
Fahrkosten	445	6,3 %	830	11,0 %
Vorsorge- und Rehamaßnahmen	350	11,2 %	372	10,7 %
Schutzimpfungen (ohne ärztliches Honorar)	200	9,9 %	324	14,6 %
Früherkennung	297	12,4 %	-60	-2,2 %
Schwangerschaft/Mutterschaft (ohne stationäre Entbindung und ärztliche Leistungen)	85	5,5 %	-75	-4,6 %
Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege	465	6,3 %	588	7,5 %
Sonstige Leistungsausgaben	355	4,8 %	186	2,4 %
Ausgaben für Leistungen insgesamt	14.134	5,7 %	11.322	4,3 %

Die erste und dritte Spalte in Tabelle 31 stellen das erlaubte absolute Ausgabenwachstum der Leistungsbereiche dar, wenn die Ausgaben maximal mit der Wachstumsrate der bpE ansteigen dürften. Die zweite und vierte Spalte bilden das reale Ausgabenwachstum oberhalb des Grenzwertes in der vorangegangenen Spalte ab. Die größte Kostendämpfung hätte im Jahr 2021 bei der Umsetzung des

Ansatzes in den Bereichen Arzneimittel (2,3 Mrd. Euro), Krankenhausbehandlung (1,6 Mrd. Euro) sowie Heilmittel (1,2 Mrd. Euro) stattfinden müssen. Insgesamt hätte so 2021 eine Kosteneinsparung von 8,1 Mrd. Euro erfolgen können. 2022 wäre die größte Kostendämpfung in den Bereichen Arzneimittel (1,1 Mrd. Euro), Krankengeld (948,3 Mio. Euro) sowie Fahrkosten (648,4 Mio. Euro) erforderlich gewesen. Insgesamt wäre so eine Kostenreduktion um 5,0 Mrd. Euro nötig.

Tabelle 31: Überschüssiges Wachstum der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 2020 und 2022 auf Basis der KV45 des 1. bis 4. Quartals in Euro

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesministerium für Gesundheit, 2022g, 2023j; GKV-Schätzerkreis, 2020; GKV-Schätzerkreis, 2021

Leistungsbereich	Maximales Wachstum basierend auf Wachstum bpE von 2020 auf 2021	Ausgabenwachstum 2021 oberhalb des bpE-Wachstums in abs. Beträgen	Maximales Wachstum basierend auf Wachstum bpE von 2021 auf 2022	Ausgabenwachstum 2022 oberhalb des bpE-Wachstums in abs. Beträgen
ärztliche Behandlung	1.057	0	1.076	446
zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	277	639	299	163
Zahnersatz	80	557	95	0
Arzneimittel	1.039	2.341	1.120	1.114
Hilfsmittel	222	309	235	355
Heilmittel	212	1.245	247	479
Krankenhausbehandlung	1.957	1.627	2043	304
Krankengeld	383	276	399	948
Fahrkosten	171	274	182	648
Vorsorge- und Reha- maßnahmen	75	275	83	289
Schutzimpfungen (ohne ärztliches Honorar)	48	152	53	271
Früherkennung	58	239	65	0
Schwangerschaft/Mutterschaft (ohne stationäre Entbindung und ärztliche Leistungen)	37	48	39	0
Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege	176	289	187	401
Sonstige Leistungsausgaben	177	178	185	1
Ausgaben für Leistungen insgesamt	5.968	8.166	6.307	5.015

Die im Jahr 2021 auf diese Weise verringerten Leistungsausgaben i. H. v. 8,2 Mrd. Euro hätten den für das Jahr 2024 prognostizierten zusätzlichen Finanzbedarf i. H. v. 14,1 Mrd. Euro auf 5,9 Mrd. Euro reduzieren können und diese Lücke folglich zu 58,2 % geschlossen. Gemäß den einen Beitragssatzpunkt

im Jahr 2024 entsprechenden 16,7 Mrd. Euro könnte der Zusatzbeitragssatz um knapp 0,5 Prozentpunkte gesenkt werden. Für das Jahr 2025 könnte die Begrenzung der Leistungsausgaben die Senkung des zusätzlichen Finanzbedarfs von 18,0 Mrd. Euro auf 9,8 Mrd. Euro bewirken. Damit wäre dieser zu 45,6 % gedeckt. Gemäß dem einen Beitragssatzpunkt im Jahr 2025 entsprechenden 17,2 Mrd. Euro könnte der Zusatzbeitragssatz um rund 0,5 Prozentpunkte gesenkt werden.

Äquivalent dazu führen die Berechnungen mit den bei der Ausgabenbegrenzung von 2,4 % eingesparten 5,0 Mrd. Euro zu einer Reduktion des zusätzlichen Finanzbedarfs i. H. v. 14,1 Mrd. Euro auf 9,1 Mrd. Euro im Jahr 2024. Dieser wäre folglich zu 35,5 % gedeckt. Gleichzeitig könnte damit eine Senkung des Zusatzbeitragssatzes um 0,3 Prozentpunkte einhergehen. Im Jahr 2025 würde sich der zusätzliche Finanzbedarf von anfänglich 18,0 Mrd. Euro auf 15,0 Mrd. Euro reduzieren und wäre damit zu 27,8 % gedeckt. Der Zusatzbeitragssatz könnte um rund 0,3 Prozentpunkte gesenkt werden.

3.9.3 Folge

Aufgrund des differenzierten Bildes der Leistungsbereiche soll bei dem zu diskutierenden Ansatz die Folge anhand des Krankenhausbereichs exemplarisch aufgezeigt werden. Aufgrund unterschiedlichster Umsetzungs- und Ausgestaltungsmöglichkeiten können diese Ausführungen vorliegend nicht abschließend sein.

Der Ansatz bettet sich in eine angespannte Finanzsituation der Krankenhäuser ein, von denen 39 % ihre Liquidität als kritisch ansehen. Fast kein Krankenhaus einer Repräsentativbefragung sah sich zudem in der Lage, die aktuellen Kostensteigerungen aus den regelhaften Erlösen dauerhaft zu finanzieren (Blum, Löffert & Schumacher, 2022). Der Anteil der Krankenhäuser mit über 100 Betten und einem Jahresfehlbetrag stieg von 29 % im Jahr 2020 auf 43 % in 2021 und wird für 2022 mit 59 % erwartet (DKI – Deutsches Krankenhausinstitut, 2022). Eine Deckelung der jährlichen Ausgabensteigerung (mittels Budgetvereinbarungen zwischen den Krankenkassenverbänden und den Trägern der Krankenhäuser) auf das Niveau des Wachstums der bpE (hier auf Grundlage der Schätzungen des GKV-Schätzerkreises für die Jahre 2021 und 2022) i. H. v. 2,4 % hätte bei einer rückblickenden Betrachtung für das Jahr 2021 gravierende Folgen. Das Wachstum der Leistungsausgaben im Vergleich zum Vorjahr belief sich auf 3,6 Mrd. Euro bzw. 4,4 % und müsste somit um 1,6 Mrd. Euro verringert werden, um die angegebene Grenze nicht zu überschreiten.

Dies könnte über eine Begrenzung des Preisanstieges erfolgen, indem der Landesbasisfallwert, der Pflegeentgeltwert, der krankenspezifische Basisentgeltwert, die Zusatzentgelte etc. vom jährlichen Anstieg her auf das Wachstum der bpE reduziert werden. Hierbei würden die von den Krankenhäusern zu bewältigenden Preissteigerungen (z. B. im Rahmen von Tarifabschlüssen) nicht mehr immer in vollem Umfang an die Kostenträger weitergegeben werden können. Dies würde u. a. den Zweck des Pflegebudgets aushebeln, oder zu dessen Wahrung müssten andere Preissteigerungen derart stark beschnitten werden, damit im Pflegebudget (welches etwa 20 % der Kosten für die Pflege am Bett ausmacht; Wöhrmann, 2022) das Selbstkostendeckungsprinzip gewahrt würde.

Es bestünde hier insgesamt die Befürchtung, dass die Begrenzung des Preisanstiegs die Zahl der Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag zukünftig erhöhen könnte. So ist es möglich, dass Krankenhäuser insgesamt schließen oder Abteilungen oder einzelne Leistungen nicht mehr mit Aussicht auf einen wirtschaftlichen Betrieb anbieten könnten. Dies wiederum würde die Menge an Leistungen verringern und die Umsetzung des hier zu diskutierenden Ansatzes rein aus finanzieller Perspektive begünstigen (da mit einer Verringerung der Menge die Leistungsausgaben des Sektors sinken). Allerdings wäre bei einem solchen, einrichtungsbezogen auch nicht steuerbaren, Effekt die langfristige Versorgungssicherheit kritisch zu hinterfragen.

Sollte die Begrenzung des Preises nicht zu einem Rückgang der angebotenen Leistungsmengen im Krankenhaussektor führen, dann müsste neben dem Preis auch auf die jährliche Mengenausweitung Einfluss genommen werden. Hierfür hat der Gesetzgeber mit dem Fixkostendegressionsabschlag bereits seit 2017 eine Regelung eingeführt (Reimbursement institute, 2020), die mit empfindlicher monetärer Konsequenzen für Krankenhäuser formuliert wurde (§ 4 KHEntgG). Gleichwohl ist ein Überschreiten des jährlichen Wachstums i. H. v. 2,4 % auch hier durchaus denkbar, bspw. bei einem sprunghaften Anstieg des Wanderungssaldos und damit mehr Versicherten, die Krankenhausleistungen in Anspruch nehmen. Es sind damit Konstellationen denkbar, in denen die politische Durchsetzung bzw. gesellschaftliche Umsetzung des hier beschriebenen Ansatzes wenig wahrscheinlich ist. Es ist hierbei absehbar, dass eine jährlich rollierende Festsetzung der Begrenzung der vertraglich vereinbarten Steigerung der Leistungsausgaben zu kurz greifen würde, da auf diesem Weg Nachholeffekte im Nachgang von negativem Wachstum (bspw. pandemiebedingt) nicht möglich wären.

Beim hier thematisierten Ansatz ist eine deutliche Wirkung auf die Zielebenen der Gesundheitspolitik anzunehmen. Im Allgemeinen sind dies (Murswieck, 1995):

- die ökonomische Ebene, die auf die Gewährleistung einer finanzierbaren sowie möglichst kostengünstigen Versorgung abzielt,
- die gesellschaftliche Ebene, bei der die Wahrung des Solidaritätsprinzips angestrebt wird und
- die medizinische Ebene, mit der bestmöglichen Qualität der Gesundheitsversorgung als Ziel.

Eine Über- bzw. Unterordnung der Ebenen ist grundsätzlich nicht festzustellen. Der Versuch, sämtliche Zielebenen gleichzeitig zu verwirklichen, zeigt jedoch auf, dass diese im Konflikt miteinander stehen können. (Murswieck, 1995)

Würde es somit im hier thematisierten Ansatz dazu kommen, dass die ökonomische Ebene den anderen Ebenen klar übergeordnet wird, dann sind negative Folgen auf einer anderen oder den beiden anderen Ebenen zu erwarten. Wenn nachgefragte Leistungsmengen begrenzt werden müssen und damit nicht angeboten werden können (um die Leistungsausgaben im Krankenhausbereich zu verringern), dann gäbe es verschiedene Wege, dies umzusetzen.

Eine Möglichkeit wäre eine entsprechende Reduzierung des GKV-Leistungskataloges im stationären Bereich, indem ein Teil der Versorgung nicht mehr im Rahmen von Budgetverhandlungen vereinbart werden kann. Eine andere Möglichkeit wäre, dass nicht konkrete Behandlungen von der stationären Versorgung ausgeschlossen werden, sondern die in Vereinbarungen mit Krankenhäusern geschlossenen Budgets über sämtliche Leistungsbereiche hinweg eine Zuwachsbegrenzung erfahren. Dies würde die Frage, welche vormals nachgefragten Leistungen zukünftig nicht mehr stationär angeboten werden, den regionalen Gegebenheiten und besonders den Trägern der Krankenhäuser überlassen.

Beide Möglichkeiten würden grundsätzlich nicht mit einer Schwächung des Solidaritätsprinzips (gesellschaftliche Ebene) einhergehen, bei der die Mitglieder der GKV vom Grundsatz her Beiträge nach ihrer individuellen Leistungsfähigkeit entrichten, während sich der Leistungsanspruch – unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge – nach dem individuellen Bedarf richtet (Gerlinger, 2017). In beiden Fällen besteht jedoch die Gefahr einer Verringerung der Qualität der Gesundheitsversorgung und damit eines Einflusses auf die medizinische Zielebene der Gesundheitspolitik, da die Verfügbarkeit der Krankenhausversorgung voraussichtlich eine vermutlich nicht gut justierbare Einschränkung erfährt.

Wie Tabelle 30 zeigt, würde sich dies für den Krankenhausbereich im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr mit einer Verringerung der Leistungsausgaben um 2,0 Prozent deutlicher niederschlagen als im Jahr 2022 mit einer Verringerung von lediglich 0,4 Prozent.

Die Ausgabenbegrenzung auf die Höhe der Wachstumsrate der bpE wäre grundsätzlich geeignet, die Beitragssatzstabilität sicherzustellen und eine Anhebung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags zu vermeiden. Dies würde somit eine zukünftige Belastung der Beitragszahler:innen (Mitglieder wie auch Arbeitgeber:innen) vermeiden. Auch der Bund hätte keine Mehrkosten zu tragen, da dieser nicht zusätzlich über diesen Ansatz an der Finanzierung beteiligt wäre.

Nachteilig wäre die Deckelung der Leistungsausgaben allerdings voraussichtlich, wie oben festgestellt, für den Umfang bzw. die Qualität der Versorgung, die im GKV-Kontext wahrscheinlich kontinuierlich abnehmen würde. Die Beschränkung und die implizite Verwehrung von Leistungen widersprechen dem § 70 SGB V, der die bedarfsgerechte, gleichmäßige und ausreichende Versorgung der Versicherten vorschreibt.

3.9.4 Umsetzbarkeit

Wie schon bei anderen Ansätzen näher ausgeführt, ist die Umsetzung eines entsprechenden Gesetzes im Jahr 2023 grundsätzlich realistisch, damit der Ansatz zur Begrenzung des jährlichen Ausgabenzuwachses durch konsequente Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität in den Jahren 2024/2025 wirksam werden könnte. Es ist bei einem solchen Vorhaben, wenn es mittels einer einheitlichen prozentualen Kappung über alle GKV-Leistungsbereiche umgesetzt werden würde (wie unter 3.9.3 kurz angesprochen), jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer gesundheitspolitischen Grundsatzdebatte zu rechnen.

Hierbei ist anzunehmen, dass die besondere Bedeutung einzelner Leistungsbereiche (wie bspw. der Krankenhausversorgung) mit dem Ziel hervorgehoben werden könnte, dass deren Kappung des Wachstums von anderen Leistungsbereichen (wie Fahrkosten oder Zahnersatz) anteilig übernommen wird. Es bahnt sich mit der Umsetzung des Ansatzes nicht nur auf der politischen Ebene eine breite Diskussion um ein möglichst gerechtes System zur Verteilung separater, auf die Leistungsbereiche zugeschnittener Wachstumsgrenzen an.

Als alternativer Weg kann die Umsetzung der Kappung auch in die Verantwortung der Krankenkassen gegeben werden, sodass innerhalb jeder Krankenkasse die Kappung des Wachstums über alle Hauptleistungsbereiche hinweg sicherzustellen wäre. Diese Variante hätte den Vorteil, dass auf diesem Weg eine vom Gesetzgeber gewollte Ausweitung der Selektivverträge im Rahmen der Besonderen Versorgung weiterhin möglich wäre, wenn dies durch Einsparungen von Leistungsausgaben in anderen Bereichen kompensiert werden würde. Gleichwohl bedürfen zahlreiche Detailfragen einer Klärung, wie bspw. die nach dem Umgang mit Veränderungen der Anzahl der Versicherten (durch Geburt, Tod, Zuwanderung, Krankenkassen- bzw. Systemwechsel), die sich auf die Höhe der Leistungsausgaben auswirken. Der hier vorgebrachte Ansatz birgt in der Umsetzung (unabhängig in welcher Variante dies erfolgen soll) erhebliches Diskussions- und Konfliktpotenzial, sodass ausgewogene Lösungen erst noch erarbeitet, den Akteuren vermittelt und gesellschaftlich diskutiert werden müssen. Damit scheint eine Umsetzung (wenn überhaupt) frühestens für das Jahr 2025 realistisch.

Literaturverzeichnis

- ABDA (Hrsg.). (2023). *Beispielrechnung: Fertigarzneimittel und Rezepturen*. Online: <<https://www.abda.de/apotheke-in-deutschland/preise-und-honorare/beispielrechnung/>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Albert, A. (2019). *Darum wird Fleisch niedriger besteuert als Babynahrung. Forderungen nach Reform*. Spiegel (Hrsg.). Online: <<https://www.spiegel.de/wirtschaft/service/mehrwertsteuer-auf-diese-produkte-faellt-der-ermaessigte-satz-an-a-1280896.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Albrecht, M., Dietzel, J., Ochmann, R. & 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*. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Berlin. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/IGES_Publik_GKV-Beitraege_Dez2017.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Albrecht, M. & Ochmann, R. (2021). *Abschätzung des Finanzbedarfs in der GKV bis 2025 unter besonderer Berücksichtigung einer stärkeren Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Szenarien-Analyse*. IGES (Hrsg.). Berlin. Online: <https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e26312/e26667/e26668/e26669/attr_objs26717/IGES_Kurzanalyse_GKV_Finzen_062021_ger.pdf> (abgerufen am 02.05.2023).
- AMG – Arzneimittelgesetz. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/index.html#BJNR024480976BJNE027405116> (abgerufen am 27.04.2023).
- AOK-Bundesverband (Hrsg.). (2023). *Arzneimittel*. Online: <<https://www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/arzneimittel/>> (abgerufen am 27.04.2023).
- AOK-Bundesverband (Hrsg.). (o. J.a). *Beitragssatzstabilität*. Online: <https://aok-bv.de/lexikon/b/index_00240.html> (abgerufen am 24.04.2023).
- AOK-Bundesverband (Hrsg.). (o. J.b). *Praxisgebühr*. Online: <https://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index_15124.html> (abgerufen am 20.04.2023).
- Ausschuss für Gesundheit (Hrsg.). (2022). *Wortprotokoll der 36. Sitzung. Protokoll-Nr. 20/36*. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Berlin. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/919468/20d741ae50db49a16b8deba402ac7ab7/036_28-09-2022_GKV-data.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bach, S. (o. J.). *Betriebseinnahmen nach EStG / 1.2 Definition Betriebseinnahmen*. Haufe (Hrsg.). Online: <https://www.haufe.de/finance/haufe-finance-office-premium/betriebseinnahmen-nach-estg-12-definition-betriebseinnahmen_idesk_PI20354_HI1477454.html> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bauer, T. K., Augurzy, B. & Schaffner, S. (2007). *Zeigt die Praxisgebühr die gewünschte Wirkung?* Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung RWI (Hrsg.). Essen. Online: <https://www.researchgate.net/publication/233794122_Zeigt_die_Praxisgebuehr_die_gewuenschte_Wirkung> (abgerufen am 20.04.2023).
- BKK-Dachverband (Hrsg.). (2022). *Kostendeckende Beiträge für ALG-II-Bezieher zur gesetzlichen Krankenversicherung*. Online: <<https://www.bkk-dachverband.de/presse/hintergrundinformationen/kostendeckende-beitraege-fuer-alg-ii-bezieher-zur-gesetzlichen-krankenversicherung>> (abgerufen am 19.04.2023).

- Blum, K., Löffert, S. & Schumacher, L. (2022). *DKI Krankenhaus-Pool. Umfrage August 2022: Drängende Problemlagen deutscher Krankenhäuser*. Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (Hrsg.). Online: <https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2022/DKI_Blitzumfrage_Krankenhaus-Pool_Draengende_Problemlagen.pdf> (abgerufen am 02.05.2023).
- Brook, R. H., Keeler, E. B., Lohr, K. N., Newhouse, J. P. Ware, J. E. (Hrsg.), Rogers, W. H., Ross Davies, A., Sherbourne, C. D., Goldberg, G. A., Camp, P. & et al. (Hrsg.). (2006). *The Health Insurance Experiment. A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate*. Online: <https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html> (abgerufen am 20.04.2023).
- BSI – Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (Hrsg.). (2021). *Daten aus der Alkoholwirtschaft 2021. Mit Sonderteil Europa*. Bonn. Online: <https://www.spirituosen-verband.de/fileadmin/introduction/downloads/BSI-Datenbroschuere_2021.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).
- BSI – Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (Hrsg.). (2022). *Daten aus der Alkoholwirtschaft 2022. Mit Sonderteil Europa*. Bonn. Online: <https://www.spirituosen-verband.de/fileadmin/introduction/downloads/BSI-Datenbroschuere_2022.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2017). *Grundsicherung für Arbeitssuchende. Version 4.0*. Nürnberg. Online: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Datenstandard-XSozial/Handbuch/Generische-Publikationen/Handbuch-Grundsicherung-fuer-Arbeitssuchende-V40.pdf?__blob=publicationFile&v=3> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2020). *Mehr Mindestlohn, weniger Beitrag zur Arbeitslosenversicherung*. Online: <<https://www.arbeitsagentur.de/news/news-aenderungen-mindestlohn-2020>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2022). *Sozialversicherungspflichtige Bruttomonatsentgelte (Jahreszahlen). Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise*. Nürnberg. Online: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202112/iiia6/beschaeftigung-entgelt-entgelt/entgelt-d-0-202112-xlsx.xlsx?__blob=publicationFile&v=2> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (o. J.). *Übergang von Arbeitslosengeld zu Bürgergeld. Arbeitslosengeld und Bürgergeld - wichtige Unterschiede*. Online: <<https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-arbeit-finden/buergergeld/finanziell-absichern/uebergang-buergergeld>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). (2023). *Risikostrukturausgleich Ergebnisse des Jahresausgleichs 2021*. Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Datenzusammenstellung_und_Auswertung/20230111_Auswertung_JA2021.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2019). *Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung. Rente*. Online: <<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Rente-und-Altersvorsorge/Gesetzliche-Rentenversicherung/Finanzierung-Gesetzliche-Rentenversicherung/finanzierung-der-gesetzlichen-rentenversicherung.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2020). *Bundeskabinett beschließt Sozialversicherungsrechengrößen 2021. Sozialversicherung*. Online:

<<https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/2020/bundeskabinett-beschliesst-sozialversicherungsrechengroessen-2021.html>> (abgerufen am 27.04.2023).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2022). *Das ändert sich im neuen Jahr*. Online: <<https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/2022/das-aendert-sich-2023.html>> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (o. J.). *Überblick zur Unfallversicherung. Sozialversicherung*. Online: <<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Gesetzliche-Unfallversicherung/Unfallversicherung-im-Ueberblick/unfallversicherung-im-ueberblick.html>> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Finanzen (Hrsg.). (2021). *Gesetz zur Modernisierung des Tabaksteuerrechts. Monatsbericht des BMF*. Online: <https://www.bundesfinanzministerium.de/Monatsberichte/2021/07/Inhalte/Kapitel-3-Analysen/3-1-modernisierung-tabaksteuerrecht-pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=5> (abgerufen am 20.04.2023).

Bundesministerium für Finanzen (Hrsg.). (2022). *Verbrauchssteuern*. Online: <<https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Zoll/Erhebung-Steuern-Zoelle/verbrauchssteuern.html>> (abgerufen am 20.04.2023).

Bundesministerium für Finanzen (Hrsg.). (o. J.a). *Glossar: Begriffe von A - Z. Steuer*. Online: <https://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Service/FAQ_Glossar/Glossar/Functions/glossar.html?lv2=90fcab6c-33e2-4679-be47-5124a129e42e&lv3=7f846a65-eb21-4afd-9ff1-c5a19fd0535c#glossar7f846a65-eb21-4afd-9ff1-c5a19fd0535c> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Finanzen (Hrsg.). (o. J.b). *Glossar: Begriffe von A-Z. Alkoholsteuer*. Online: <https://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Service/FAQ_Glossar/Glossar/Functions/glossar.html?lv2=137fd40c-e635-4e31-b05a-137566b30521&lv3=e55823bf-0168-4350-b8aa-00c0a64c1647#glossare55823bf-0168-4350-b8aa-00c0a64c1647> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Finanzen (Hrsg.). (o. J.c). *Glossar: Begriffe von A-Z. Biersteuer*. Online: <https://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Service/FAQ_Glossar/Glossar/Functions/glossar.html?lv2=ca00e253-61cf-4b1a-9968-646384af1432&lv3=ca5e2899-8286-43f2-8a7c-6d7246de94c7#glossarca5e2899-8286-43f2-8a7c-6d7246de94c7> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Finanzen (Hrsg.). (o. J.d). *Glossar: Begriffe von A-Z. Tabaksteuer*. Online: <https://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Service/FAQ_Glossar/Glossar/Functions/glossar.html?lv2=9f91ba6f-e02f-4762-b229-e333df072ff9&lv3=4a994909-b8a0-4edf-80b1-89d57e4c38f7#glossar4a994909-b8a0-4edf-80b1-89d57e4c38f7> (abgerufen am 20.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016a). *Glossar: Begriffe von A - Z. Belastungsgrenze*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/belastungsgrenze.html>> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016b). *Rabattverträge*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rabattvertraege.html>> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017). *Gesetzliche Krankenversicherung - Endgültige Rechnungsergebnisse 2016. KJ1-Statistik*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2016.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2018). *KF18Bund. Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2018Bund_Januar_2018.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2020a). *Gesetzliche Krankenversicherung - Endgültige Rechnungsergebnisse 2019*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2019_Internet.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2020b). *Gesetzliche Krankenversicherung - Vorläufige Rechnungsergebnisse 1. bis 4. Quartal 2019*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4_Quartal_2019_Internet.pdf> (abgerufen am 28.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021a). *Bekanntmachung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2022*. Bundesministerium der Justiz (Hrsg.). Online: <<https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/BRtmL7abzLxLOskV8An/content/BRtmL7abzLxLOskV8An/BAnz%20AT%2019.11.2021%20B4.pdf?inline>> (abgerufen am 10.05.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021b). *Gesetzliche Krankenversicherung - Endgültige Rechnungsergebnisse 2020*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2020_Internet.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021c). *Verordnung zur Festsetzung des ergänzenden Bundeszuschusses nach § 221a Abs. 3 S. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2022. Bundeszuschussverordnung*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/F/25102021_Kabinetttvorlage_VO_Festsetzung_erg._Bundeszuschuss.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022a). *Bekanntmachung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2023*. Bundesministerium der Justiz (Hrsg.). Online: <<https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/Y2KyrrrAUu6dSf1ASpW/content/Y2KyrrrAUu6dSf1ASpW/BAnz%20AT%2031.10.2022%20B5.pdf?inline>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022b). *Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022c). *Gesetzliche Krankenversicherung - Endgültige Rechnungsergebnisse 2021*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2021_KA_bf.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022d). *GKV-Finanzstabilisierungsgesetz*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/gkv-finanzstabilisierungsgesetz.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022e). *KF22Bund. Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln*. Online:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2022Bund_Juni_2022.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022f). *Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand Jahresdurchschnitt 2021. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13*. Online:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2021_K_bf.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022g). *Vorläufige Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2021. Anlage 2*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/vorlaeufige-finanzergebnisse-gkv-2021.html>> (abgerufen am 24.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022h). *Zuzahlung und Erstattung von Arzneimitteln*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-und-erstattung-arzneimittel.html>> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023a). *Aufgaben und Organisation der GKV*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>> (abgerufen am 20.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023b). *Beiträge*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege.html>> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023c). *Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege. Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PUEG_RefE_Pflegereform_bf.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023d). *Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.html>> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023e). *Gesetzliche Krankenversicherung - Vorläufige Rechnungsergebnisse 1. - 4. Quartal 2022*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1_4_Quartal_2022_o_F.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023f). *Gesund bleiben: Prävention und Gesundheitsförderung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung-praevention.html>> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023g). *Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand Jahresdurchschnitt 2022. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2022_1_bf.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023h). *Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*. Berlin. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf> (abgerufen am 21.04.2023).

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023i). *Versicherungsfremde Leistungen*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023j). *Vorläufige Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2022*. Anlage 2. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/vorlaeufige-finanzergebnisse-der-gkv-fuer-das-jahr-2022-10-03-2022.html>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (o. J.). *Finanzergebnisse der GKV*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (Hrsg.). (2020). *Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken. Ergebnis Koalitionsausschuss 3. Juni 2020*. Online: <https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/E/eckpunktepapier-corona-folgen-bekaempfen.pdf?__blob=publicationFile&v=6> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (Hrsg.). (2021). *Neue Wege bei der Finanzierung der Sozialversicherung*. Online: <<https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Schlaglichter-der-Wirtschaftspolitik/2021/03/kapitel-1-12-neue-wege-bei-der-finanzierung-der-sozialversicherung.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesrat (Hrsg.). (2022). *Stellungnahme des Bundesrates. Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz - GKVFinStG)*. Drucksache 366/22. Online: <[https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2022/0301-0400/366-22\(B\).pdf;jsessionid=AEC9674B0019F6543BADB523E51CD848.1_cid365?__blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2022/0301-0400/366-22(B).pdf;jsessionid=AEC9674B0019F6543BADB523E51CD848.1_cid365?__blob=publicationFile&v=1)> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2010a). *Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme und zur Einführung eines Sonderprogramms mit Maßnahmen für Milchviehhalter sowie zur Änderung anderer Gesetze (Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz - SozVersStabG)*. Drucksache 17/507. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Berlin. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/17/005/1700507.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2010b). *Finanzplan des Bundes 2010 bis 2014*. Drucksache 17/2501. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/17/025/1702501.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2012). *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*. Drucksache 17/8774. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/17/087/1708774.pdf>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2013). *Aktuelle Entwicklung bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung und Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN - Drucksache 17/13513*. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/17/135/1713513.pdf>> (abgerufen am 26.04.2023).

- Bundesregierung (Hrsg.). (2020a). *Die Mehrwertsteuer sinkt - wichtige Fragen und Antworten. Konjunkturpaket*. Online: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/faq-mehrwertsteuersenkung-1764364>> (abgerufen am 27.04.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2020b). *Pressekonferenz zu Konjunktur-/Krisenbewältigungspaket und Zukunftspaket. Mitschrift Pressekonferenz*. Online: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/pressekonferenz-zu-konjunktur-krisenbewaeltigungspaket-und-zukunftspaket-1757642>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2021). *Entwicklung der versicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Drucksache 19/26843*. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/19/268/1926843.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2022a). *Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. GKV-Finanzstabilisierungsgesetz - Drucksache 20/3448*. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Berlin. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/20/034/2003448.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2022b). *Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) - Drucksache 20/3448. Drucksache 20/3713*. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/20/037/2003713.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2022c). *Gesetzliche Krankenversicherung stabilisieren. GKV-Finzen*. Online: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/gkv-stabilisierung-finzen-2065884>> (abgerufen am 24.04.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2023a). *Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG). Gesetzentwurf der Bundesregierung*. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/GE_Pflegeunterstuetzung_Kabinettvorlage.pdf> (abgerufen am 11.05.2023).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2023b). *Neue Beitragsbemessungsgrenzen für 2023. Sozialversicherung*. Online: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/beitragsbemessungsgrenzen-2023-2133570>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bundestag (Hrsg.). (2022). *Bericht des Haushaltsausschusses (8. Ausschuss) gemäß § 96 der Geschäftsordnung zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 20/3448, 20/3713, 20/4001 Nr. 1.4, 20/4086 –. Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) - Drucksache 20/4098*. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/20/040/2004098.pdf>> (abgerufen am 27.04.2023).
- Bundesverband der Tabakwirtschaft und neuartiger Erzeugnisse (Hrsg.). (o. J.). *Tabaksteuer*. Online: <<https://www.bvte.de/de/themen/tabaksteuer.html>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Bundesverband Medizintechnologie e.V. (Hrsg.). (2022). *BVMed unterstützt GKV-Vorschlag "Mehrwertsteuer auf Medizinprodukte vereinheitlichen". Gesetzliche Krankenversicherung*. Berlin. Online: <<https://www.bvmed.de/de/bvmed/presse/pressemitteilungen/bvmed-unterstuetzt-gkv-vorschlag-mehrwertsteuer-auf-medizinprodukten-vereinheitlichen>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.). (2022). *Finanzierungslücke ohne Beitragsanhebung schließen. Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines GKV-*

Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG). Deutscher Bundestag (Hrsg.). Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/912588/fc7081c60193d0e680c7f68146f4f43c/20_14_0053-28-_Bundesvereinigung-der-Deutschen-Arbeitgeberverbaende_Stellungnahme-GKV_nicht-barrierefrei-data.pdf> (abgerufen am 02.05.2023).

CDU (Hrsg.) & FDP (Hrsg.). (1996). *Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz - BeitrEntlG)*. Drucksache 13/4615. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/13/046/1304615.pdf>> (abgerufen am 20.04.2023).

Demografie-Portal (Hrsg.). (o. J.). *Zusammengefasste Geburtenziffer*. Online: <<https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/zusammengefasste-geburtenziffer.html;jsessionid=856DDF9879E-CAEC7680A10CA55FA6D27.internet272?nn=676848>> (abgerufen am 19.04.2023).

Destatis - Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2023). *Steuereinnahmen: Deutschland, Jahre, Steuerarten vor der Steuerverteilung. 71211-0001*. Online: <<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1683705310564&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=71211-0001&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>> (abgerufen am 10.05.2023).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.). (2023a). *Alkohol - Zahlen, Daten, Fakten*. Online: <<https://www.dhs.de/suechte/alkohol/zahlen-daten-fakten>> (abgerufen am 19.04.2023).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). (2022). *Zahlen & Fakten zu Sucht in Deutschland. DHS Jahrbuch Sucht*. Hamm. Online: <https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/DHS_Jahrbuch_Sucht_2022.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). (2023b). *Tabak - Zahlen, Daten, Fakten*. Online: <<https://www.dhs.de/suechte/tabak/zahlen-daten-fakten>> (abgerufen am 20.04.2023).

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2020). *Welche Beitragsbemessungsgrenze ab 2021 gilt*. Online: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Ueber-uns-und-Presse/Presse/Meldungen/2020/201222_beitragsbemessungsgrenze.html> (abgerufen am 20.04.2023).

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2023). *Statistiken und Berichte. Tabellen, graphische Darstellungen, Kennzahlen und Berichte - alle Informationen für Sie auf einen Blick*. Online: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html> (abgerufen am 20.04.2023).

Deutsche Rentenversicherung Rheinland (Hrsg.). (2022). *Neue Werte der Rentenversicherung ab 2022: Beitragssatz weiterhin 18,6 Prozent*. Düsseldorf. Online: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Newsletter/DE/Rheinland/DRVRL/211208_neue_rentenwerte.html?nn=82518cd9-0653-4008-813a-1449c48b7bc8> (abgerufen am 19.04.2023).

Deutsche Rentenversicherung Rheinland (Hrsg.). (2023). *Die 5 Säulen der Sozialversicherung*. Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Online: <<https://www.ihre-vorsorge.de/rente/gesetzliche-rentenversicherung/fuenf-zweige-der-sozialversicherung-in-deutschland.html>> (abgerufen am 19.04.2023).

- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1989). *Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) (G-SIG: 11020222). Vorgang - Gesetzgebung*. Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../176960>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1997). *Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz - BeitrEntlG) (G-SIG: 13020459). Vorgang - Gesetzgebung*. Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-zur-entlastung-der-beitr%C3%A4ge-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung-beitragsentlastungsgesetz/121734>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2003). *Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) (G-SIG: 15019248). Vorgang - Gesetzgebung*. Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../96707>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2010). *Selbstbeteiligung als Steuerungselement im Gesundheitswesen. WD 9 - 3000 -142/10*. Online: <<https://www.bundestag.de/resource/blob/412148/160394ca389b15b5f11003f633247b1d/WD-9-142-10-pdf-data.pdf>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2012a). *Abstimmung über die Abschaffung der Praxisgebühr*. Online: <https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2012/41390958_kw45_sp_praxisgebuehr-209896> (abgerufen am 20.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2012b). *Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, Heidrun Dittrich, Klaus Ernst, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Yvonne Ploetz, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler, Jörn Wunderlich, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE. Praxisgebühr jetzt abschaffen - Drucksache 17/11141*. Berlin. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/17/111/1711141.pdf>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2013). *Gesetz zur Abschaffung des Branntweinmonopols (Branntweinmonopolabschaffungsgesetz). Vorgang - Gesetzgebung*. Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../50033>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2014a). *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) (G-SIG: 16019322). Vorgang - Gesetzgebung*. Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../7246>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2014b). *Haushaltsbegleitgesetz 2014. Vorgang - Gesetzgebung*. Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../58588>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2019). *Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG). Drucksache 19/15662*. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/19/156/1915662.pdf>> (abgerufen am 26.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2020a). *Regierung will Gesundheitsversorgung und Pflege verbessern*. Online: <<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw44-de-gesundheitsversorgung-798170>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2020b). *Zweites Gesetz zur Umsetzung steuerlicher Hilfsmaßnahmen zur Bewältigung der Corona-Krise (Zweites Corona-Steuerhilfegesetz). Vorgang - Gesetzgebung*.

Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/zweites-gesetz-zur-umsetzung-steuerlicher-hilfsma%C3%9Fnahmen-zur-bew%C3%A4ltigung-der-corona-krise/263612>> (abgerufen am 19.04.2023).

Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2021a). *Beschlussempfehlung und Bericht des Hauptausschusses zu der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit - Drucksache 20/8. Drucksache 20/77.* Berlin. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/20/000/2000077.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).

Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2021b). *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.* Online: <<https://www.bundestag.de/resource/blob/842606/758b339919a3221a9d1e6e45c68330e6/WD-3-035-21-pdf-data.pdf>> (abgerufen am 20.04.2023).

Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2021c). *Zweites Gesetz zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes. Vorgang - Gesetzgebung.* Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../262719>> (abgerufen am 20.04.2023).

Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2022). *Gesetz zur temporären Senkung eines Umsatzsteuersatzes auf Gaslieferungen über das Erdgasnetz. Vorgang - Gesetzgebung.* Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-zur-tempor%C3%A4ren-senkung-des-umsatzsteuersatzes-auf-gaslieferungen-%C3%BCber-das/291432>> (abgerufen am 19.04.2023).

Deutscher Bundestag (Hrsg.). (o. J.). *Gesetz zur Abschaffung des Branntweinmonopols (Branntweinmonopolabschaffungsgesetz). Gesetz - Vorgang.* Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../50033>> (abgerufen am 19.04.2023).

Deutscher Mittelstands-Bund (Hrsg.). (2020). *Deckelung von Sozialabgaben.* Online: <<https://www.mittelstandsbund.de/themen/arbeit/deckelung-von-sozialabgaben/>> (abgerufen am 20.04.2023).

Deutscher Zigarettenverband (Hrsg.). (2023). *Tabaksteuer.* Online: <<https://www.zigarettenverband.de/themen/zahlen-und-fakten/tabaksteuer>> (abgerufen am 20.04.2023).

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (2022). *Alkoholatlas Deutschland 2022 - auf einen Blick.* Online: <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2022_Auf-einen-Blick.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (o. J.). *Krebsrisiken - das sagt die Wissenschaft.* Online: <https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Krebsrisiken_das-sagt-die-Wissenschaft/1_Risikofaktor_Rauchen/1_Gesundheitliche-Folgen-des-Rauchens.html> (abgerufen am 20.04.2023).

DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.). (2022). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2022.* Online: <https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.4._Publikationen/3.4.5._Krankenhaus_Barometer/Krankenhaus-Barometer_2022.pdf> (abgerufen am 02.05.2023).

Finanzausschuss (Hrsg.). (2021). *Beschlussempfehlung und Bericht des Finanzausschusses (7. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 19/28655, 19/29589 – Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Tabaksteuerrechts (Tabaksteuermodernisierungsgesetz – TabStMoG), zu dem Antrag der Abgeordneten Till Mansmann, Christian Dürr, Dr. Florian*

Toncar, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/29210 – Dampfprodukte fair besteuern. Drucksache 19/30490. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Berlin. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/19/304/1930490.pdf>> (abgerufen am 20.04.2023).

Finkenbusch, N. (o. J.). *Krankengeld (Beiträge)*. Haufe (Hrsg.). Online: <https://www.haufe.de/sozialwesen/sgb-office-professional/krankengeld-beitraege_idesk_PI434_HI2422530.html> (abgerufen am 20.04.2023).

G-BA (Hrsg.). (2023). *Hilfsmittel*. Online: <<https://www.g-ba.de/themen/veranlasste-leistungen/hilfsmittel/>> (abgerufen am 19.04.2023).

Gerlach, F., Greiner, W., Haubitz, M., Meyer, G., Schreyögg, J., Thürmann, P. & Wille, E. (2015). *Krankengeld - Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Bonn (u. a). Online: <https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2015/Krankengeld_Druckfassung.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).

Gerlinger, T. (2017). *Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Online: <<https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/252233/das-solidarprinzip-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung/>> (abgerufen am 02.05.2023).

Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes. Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//%5b@attr_id=%27bgbl112s1601.pdf%27%5d#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl112s1601.pdf%27%5D__1681982108614> (abgerufen am 20.04.2023).

Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl112s2789.pdf%27%5D__1681979177268> (abgerufen am 20.04.2023).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). (2023a). *Art der ärztlichen Leistung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle (Anzahl)*. *Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, ärztliche Leistungen, Kassenart, Versichertengruppe*. Online: <https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=23649731&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=263&p_snr=11482595&p_version=3&p_dim=D.000&p_dw=3732&p_direction=drill> (abgerufen am 26.04.2023).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). (2023b). *Zahnärztliche Behandlung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle (Anzahl und je 1.000 Versicherte)*. *Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, zahnärztliche Leistungen, Kassenart, Versichertengruppe*. Online: <https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=23649731&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=262&p_snr=26927162&p_version=4&p_dim=D.000&p_dw=3737&p_direction=drill> (abgerufen am 26.04.2023).

GKV-FinStG – GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl122s1990.pdf%27%5D__1681908808634> (abgerufen am 19.04.2023).

- GKV-FQWG – GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz. Online: <[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//*\[@attr_id=%27bgbl114s1133.pdf%27\]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl114s1133.pdf%27%5D__1681976841998](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//*[@attr_id=%27bgbl114s1133.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl114s1133.pdf%27%5D__1681976841998)> (abgerufen am 20.04.2023).
- GKV-Schätzerkreis (Hrsg.). (2020). *Schätztableau des GKV-Schätzerkreises*. Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20201016Schaetztableau_2021_BMG_BAS.pdf> (abgerufen am 24.04.2023).
- GKV-Schätzerkreis (Hrsg.). (2021). *Schätztableau des GKV-Schätzerkreises*. Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20211025SKT_2022.pdf> (abgerufen am 24.04.2023).
- GKV-Schätzerkreis (Hrsg.). (2022a). *Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Jahre 2022 und 2023*. Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). Bonn. Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20221025_SK_2022_Abschlussbericht.pdf> (abgerufen am 02.05.2023).
- GKV-Schätzerkreis (Hrsg.). (2022b). *Pressemitteilung. GKV-Schätzerkreis schätzt die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2022 und 2023*. Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). Bonn. Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Presse/20221013Pressemitteilung_GKV-Schaetzerkreis_2022_2023.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- GKV-Schätzerkreis (Hrsg.). (2022c). *Schätztableau des GKV-Schätzerkreises*. Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20221013_Schaetztableau_2023.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2022a). *Einseitige Belastung der Beitragszahlenden stoppen!* Berlin. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1467648.jsp> (abgerufen am 02.05.2023).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2022b). *Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.09.2022 zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE. "Kassendefizite solidarisch überwinden – Erhöhung der Beitragssätze durch die Krankenkassen verhindern" vom 20.09.2022 (Drucksache 20/3484) und "Mehrwertsteuer auf Arzneimittel absenken – Anhebung der Zusatzbeiträge für gesetzlich Krankenversicherte verhindern" vom 20.09.2022 (Drucksache 20/3485)*. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Berlin. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/912626/d99cc66ea57696d710026e040a164394/20_14_0053-6-2-_GKV-Spitzenverband_Stellungnahme-GKV_nicht-barrierefrei-data.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2023). *Ausgaben für Krankengeld 1.-4. Quartal 2022 im Vergleich zu 1.-4. Quartal 2021*. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2022_q4/300_dpi_2/GKV-Kennzahlen_Krankengeld_A_Q4-2022.jpg> (abgerufen am 20.04.2023).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (o. J.a). *Ausgaben für Hilfsmittel*. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2022_q1/300dpi_3/GKV-Kennzahlen_Hilfsmittel_B_2021_300.jpg> (abgerufen am 19.04.2023).

- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (o. J.b). *Finanzierung*. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/finanzierung/finanzierung.jsp> (abgerufen am 19.04.2023).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (o. J.c). *Zusatzbeitragssatz*. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/finanzierung/zusatzbeitragssatz/zusatzbeitragssatz.jsp> (abgerufen am 20.04.2023).
- GKV-WSG – GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl107s0378.pdf%27%5D__1681905808543> (abgerufen am 19.04.2023).
- GMG – GKV-Modernisierungsgesetz. Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%255B@attr_id=%2527bgbl103s2190.pdf%2527%255D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s2190.pdf%27%5D__1681978602653> (abgerufen am 20.04.2023).
- Grabka, M. M., Schreyögg, J. & Busse, R. (2006). Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung. Erste empirische Ergebnisse. *Medizinische Klinik*, 101, S. 476–483.
- Greß, S. & Stegmüller, K. (2014). *Stellungnahme zum Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2014 – Drucksache 18/1050 vom 4. 4. 2014*. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/283620/63b994967b320398dda62764d18b6bbc/hs-fulda_gress-u--stegmueller-pdf-data.pdf> (abgerufen am 26.04.2023).
- Haufe (Hrsg.). (2023). *Beitrag zur Pflegeversicherung soll im Juli 2023 steigen*. Online: <https://www.haufe.de/sozialwesen/versicherungen-beitraege/pflegeversicherungsbeitrag-2019_240_455110.html> (abgerufen am 19.04.2023).
- Henke, K.-D. (2014). *Anhörung Haushaltsausschuss zum haushaltsbegleitgesetz 2014*. Bundestag (Hrsg.). Berlin. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/283616/d330a8db637e012cbf2%2001d0a498cb4da/tu-berlin_henke-pdf-data.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Heuer, J. (2016). *Placebo oder Wunderpille? Wie die Praxisgebühr Patientenverhalten und Verordnungsmuster veränderte*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Hrsg.). Berlin. Online: <https://www.zi.de/fileadmin/Migration/ZiPaper_08-2016_Trends_Arzneiverordnungen_V3.pdf_V3.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).
- Hild, J. & Maydell, B. von. (2022). *Neue Medikamente - stärkster Kostentreiber bei Arzneiausgaben. ambulante Versorgung*. vdek (Hrsg.). Online: <<https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2022-02/medikamente-kostentreiber-arzneiausgaben.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Hofbauer-Milan, V., Fetzer, S. & Hagist, C. (2023). How to Predict Drug Expenditure: A Markov Model Approach with Risk Classes. *PharmacoEconomics*, (41), S. 561–572. Online: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s40273-023-01240-3#Sec7>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Höpfner, T., Berndt, B., Schäffer, T. & Militzer-Horstmann, C. (2020). *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*. WIG2 GmbH (Hrsg.). Leipzig. Online: <https://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/Forschungsberichte_des_WIG2_Heft_5_Versicherungsfremde_Leistungen_02.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).

- Kiil, A. & Houlberg, K. (2013). How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *The European Journal of Health Economics*, 15, S. 813–828.
- Kilian, C., Rovira, P., Neufeld, M., Manthey, J. & Rehm, J. (2022). Potenzielle Auswirkungen erhöhter Alkoholsteuern auf die alkoholbedingte Krankheitslast in Deutschland: Eine Modellierungsstudie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, (69), S. 668–676. Online: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-022-03528-9>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Koch, H. & Brenner, G. (2005). *Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühr bestätigt*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Hrsg.). Berlin. Online: <https://www.ecpol.econ.uni-muenchen.de/downloads/wipo2/wise09_10/praxisgebuehr.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).
- Liebig, D. (2019). § 221 - Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V. Online: <https://www.buzer.de/221_SGB_V.htm> (abgerufen am 19.04.2023).
- Ludwig-Maximilians-Universität München (Hrsg.). (o. J.). *Grafik der Monate*. Online: <<https://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de/aktuelles/grafiken-der-monate/index.html>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Meinhardt, V. (2018). *Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung. Expertise für das IMK*. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). Düsseldorf. Online: <https://www.boeckler.de/pdf/p_imk_study_60_2018.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Murswiek, A. (1995). Gesundheitspolitik. In: U. Andersen & W. Woyke (Hrsg.). *Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 203–207.
- Nagler, E. (2016). *Bismarck als Erfinder des Sozialstaates. Seine Ziele und deren Umsetzung bei der Sozialgesetzgebung*. Online: <<https://www.grin.com/document/441000>> (abgerufen am 27.04.2023).
- NWB Verlag GmbH & Co. KG (Hrsg.). (o. J.). *Steuerliche Behandlung der Praxisgebühr bei der Gewinnermittlung. BMF v. 25.05.2004 - IV A 6 - S 2130 - 7/04 BStBl 2004 I 526*. Online: <<https://datenbank.nwb.de/Dokument/132124/>> (abgerufen am 20.04.2023).
- o.V. (Hrsg.). (2004). *Ärzte beklagen hohe Verwaltungskosten. Praxisgebühr*. Spiegel (Hrsg.). Berlin. Online: <<https://www.spiegel.de/wirtschaft/praxisgebuehr-aerzte-beklagen-hohe-verwaltungskosten-a-280806.html>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Ochmann, R. & Albrecht, M. (2022). *Abschätzung des mittelfristigen Finanzbedarfs in der GKV bis 2025. Szenarien-Analyse mit ergänzendem Blick auf die Finanzsituation in der sozialen Pflegeversicherung*. DAK-Gesundheit (Hrsg.). Berlin. Online: <<https://www.dak.de/dak/download/iges-kurzbericht-2566224.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Olm, M. C. (2022). *Hausärztliche Versorgungskoordination in Bayern vor und nach Abschaffung der Praxisgebühr. Eine Analyse kassenärztlicher Routinedaten im Zeitraum von 2011 bis 2016*. Technische Universität München (Hrsg.). München. Online: <<https://mediatum.ub.tum.de/doc/1633922/1633922.pdf>> (abgerufen am 21.04.2023).
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.). (o. J.). *Privatversichert als Familie und Kindern. Krankenversicherung*. Online: <<https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/leistungen-und-erstattung/privatversichert-als-familie/>> (abgerufen am 20.04.2023).

- PKV Zahlenportal (Hrsg.). (2023). *Der Datenservice der PKV*. Online: <<https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2021/2021/12/pers-kkv>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Reimbursement institute (Hrsg.). (2020). *FDA - Fixkostendegressionseffekt. COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz*. Online: <<https://reimbursement.institute/blog/fixkostendegressionsabschlag/>> (abgerufen am 25.04.2023).
- Rieser, S. (2004). GKV-Modernisierungsgesetz: Praxisgebühr im Praxistest. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(3), S. 79. Online: <<https://www.aerzteblatt.de/archiv/40099/GKV-Modernisierungsgesetz-Praxisgebuehr-im-Praxistest>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Schaller, K., Kahnert, S., Garcia-Verdugo, R., Treede, I., Graen, L. & Ouédraogo, N. (2022). *Alkoholatlas Deutschland 2022*. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). Heidelberg. Online: <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2022_dp.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Schaller, K., Kahnert, S., Graen, L., Mons, U. & Ouédraogo, N. (2020). *Tabakatlas Deutschland 2020*. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). 1. Aufl. Heidelberg. Online: <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-Deutschland-2020_dp.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).
- Scheller, K. (2021). *12 Impulse für Parlament und Regierung zur 20. Wahlperiode*. Bundesrechnungshof (Hrsg.). Bonn. Online: <https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/BWV-Veroeffentlichung/impulse-parlament-regierung-bwv-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=2> (abgerufen am 19.04.2023).
- Schneider, A., Donnachie, E., Tauscher, M., Gerlach, R., Maier, W., Mielck, A., Linde, K. & Mehring, M. (2016). *Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria*. *BMJ Open* (Hrsg.). Online: <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/6/e011621.full.pdf>> (abgerufen am 21.04.2023).
- Schreyögg, J. & Busse, R. (2022). Leistungsmanagement von Krankenversicherungen. In: R. Busse, J. Schreyögg & T. Stargardt (Hrsg.). *Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis*. 5 Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 25–54. Online: <<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-64176-7>> (abgerufen am 26.04.2023).
- Schreyögg, J. & Grabka, M. M. (2009). Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. *The European Journal of Health Economics*, 11, S. 331–341.
- Siemens-Betriebskrankenkasse (Hrsg.). (o. J.). *Rundum abgesichert als Selbstständige. Sparen Sie Zeit mit der richtigen Krankenkasse*. Online: <<https://www.sbk.org/versicherung-tarife/beitraege/selbststaendige/>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Sohrweide, K. (2008). *Praxisgebühr als Betriebseinnahme des Arztes*. IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft (Hrsg.). Schleswig. Online: <<https://www.iww.de/pfb/archiv/bundesfinanzministerium-praxisgebuehr-als-betriebseinnahme-des-arztes-f41535>> (abgerufen am 20.04.2023).
- SPD (Hrsg.). (2012). *Praxisgebühr: Wer hat's erfunden? SPD: Bürgerversicherung einführen und Hausärzte stärken*. Online: <<https://www.spdfraktion.de/themen/praxisgebuehr-hats-erfunden>> (abgerufen am 20.04.2023).
- SPD (Hrsg.), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Hrsg.) & FDP (Hrsg.). (2021). *Mehr Fortschritt wagen. Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP*. Online:

<<https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>> (abgerufen am 19.04.2023).

TabStMoG – Tabaksteuermodernisierungsgesetz. Online:

<[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//*\[@attr_id=%27bgbl121s3411.pdf%27\]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s3411.pdf%27%5D__1681974360471](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//*[@attr_id=%27bgbl121s3411.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s3411.pdf%27%5D__1681974360471)> (abgerufen am 20.04.2023).

Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (o. J.a). *Wann besteht ein Sonderkündigungsrecht?* Online:

<<https://www.tk.de/vertriebspartner/faq/kuendigung/sonderkuendigungsrecht-2064148>> (abgerufen am 20.04.2023).

Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (o. J.b). *Was ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze und wie hoch ist sie?*

Online: <<https://www.tk.de/firmenkunden/versicherung/beitraege-faq/zahlen-und-grenzwerte/hoehe-der-jahresarbeitsentgeltgrenze-2033028>> (abgerufen am 20.04.2023).

Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P. & Kurth, B.-M. (2004). *Schlussbericht Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen*. Robert Koch Institut (Hrsg.). Berlin. Online: <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Versorgung/projektbericht.pdf%3F__blob%3DpublicationFile> (abgerufen am 20.04.2023).

TSVG – Terminservice- und Versorgungsgesetz. Online:

<https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s0646.pdf%27%5D__1681906654744> (abgerufen am 19.04.2023).

vdek (Hrsg.). (2022a). *Arbeitgeber-Informationen zu Beitragsbemessungsgrenzen und Beitragssätzen 2023*. Online: <<https://www.vdek.com/vertragspartner/arbeitgeber/beitragssaetze.html>> (abgerufen am 20.04.2023).

vdek (Hrsg.). (2022b). *vdek: Jetzt müssen Arzneimittel folgen! Staat senkt Mehrwertsteuer auf Gas*. Berlin. Online: <<https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2022/staat-mehrwertsteuer-arzneimittel-absenken.html>> (abgerufen am 20.04.2023).

Wasem, J. (2022). *Finanzierung der GKV: Ausgangssituation und Handlungsbedarf*. Online:

<https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Pressekonferenzen/2022_08_22_GKV-Finzenzen_IKK-PK-Power_Point_Wasem.pdf> (abgerufen am 02.05.2023).

Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.). (2005). *Praxisgebühr stärkt den Hausarzt. Comeback der Überweisung*. Bonn. Online: <https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produnkte/WIdOmonitor/wido_mon_pi_praxisgeb_0705.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).

Wöhrmann, S. (2022). *Finanzsituation der Krankenhäuser*. vdek (Hrsg.). Online:

<<https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2022-02/finanzsituation-krankenhaeuser-belastungsbeitragszahler.html>> (abgerufen am 02.05.2023).

Zoll (Hrsg.). (o. J.). *Höhe der Tabaksteuer*. Online: <https://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchssteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Tabak/tabak_node.html> (abgerufen am 20.04.2023).