

Originalbeitrag

Kurzfristig wirksame Finanzierungsansätze für die GKV

Vorstellung von drei Ansätzen zur Minderung des Finanzbedarfs

Autor:innen

Ron Müller
Lotte Wedekind
Alexander Elsner
Thomas Höpfner
Benjamin Berndt

Eingereicht am

14.12.2023

Zitiervorschlag

Müller, R., Wedekind, L., Elsner, A., Höpfner, T. & Berndt, B. (2023). Kurzfristig wirksame Finanzierungsansätze für die GKV. Vorstellung von drei Ansätzen zur Minderung des Finanzbedarfs. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2023(14). DOI: <<http://doi.org/10.60019/JUMD9368>>.

Literaturhinweis

Beim vorliegenden Originalbeitrag handelt es sich um einen aktualisierten Auszug der beim BKV – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e. V. veröffentlichten Expertise, welche durch denselben in Auftrag gegeben wurde.¹ Die redaktionelle Aufbereitung des vorliegenden Beitrags erfolgte durch Amelie Heinz.

¹ Müller, R., Wedekind, L., Elsner, A., Höpfner, T. & Berndt, B. (2023). *Expertise zu kurzfristig wirksamen Finanzierungsansätzen für die GKV. Eine Expertise der WIG2 GmbH*. In Auftrag gegeben von BKV – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e. V. Online: <https://www.bkvverein.de/fileadmin/user_upload/dokumente/bkv_stellungen/2023_BKV_Gutachten_Finanzierung_GKV.pdf>.



Ron Müller
Senior Wissenschaftlicher
Mitarbeiter



Lotte Wedekind
Junior Wissenschaftliche
Mitarbeiterin



Alexander Elsner
Wissenschaftlicher
Mitarbeiter



Dr. Thomas Höpfner
Geschäftsführer
WIG2 Institut



Benjamin Berndt
Bereichsleiter
Versicherungs- und
Finanzierungs-
systeme

Abstract

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland verzeichnet jährlich eine Differenz zwischen dem Wachstum der Einnahmen und Ausgaben. Verursacht wird diese Differenz durch Faktoren wie die demografische Alterung der Versichertengemeinschaft, der medizinisch-technischen Fortschritt und die steigenden Lohnkosten aufgrund des Fachkräftemangels. Berechnungen zufolge führt dies letztendlich zu einem zusätzlichen Finanzbedarf von 11,25 Mrd. EUR im Jahr 2024 und 15,22 Mrd. EUR im Jahr 2025. Um diesen Bedarf zu decken, werden die folgenden Ansätze diskutiert: Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss, Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) der GKV auf das Niveau der Rentenversicherung und die Einführung kostendeckender Zusatzbeitragssätze.

Keywords

Gesetzliche Krankenversicherung; Finanzierungsbedarf; Versicherungsfremde Leistungen; Beitragsbemessungsgrenze; Zusatzbeiträge

Gliederung

1	Einführung	7
2	Methodisches Vorgehen	10
3	Diskussion der Ansätze	12
3.1	Ansatz 1: Sicherstellung der Sozialgarantie durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss zur Vollfinanzierung aller versicherungsfremden Leistungen durch den Bund	12
3.1.1	Einordnung	12
3.1.2	Wirkung	19
3.1.3	Folge	20
3.1.4	Umsetzbarkeit	21
3.2	Ansatz 5: Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	22
3.2.1	Einordnung	22
3.2.2	Wirkung	24
3.2.3	Folge	32
3.2.4	Umsetzbarkeit	33
3.3	Ansatz 6: Anhebung der Beiträge/Zusatzbeiträge in der GKV	33
3.3.1	Einordnung	33
3.3.2	Wirkung	34
3.3.3	Folge	37
3.3.4	Umsetzbarkeit	39
4	Fazit	40
	Literaturverzeichnis	41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Schematische Darstellung der GKV-Mitglieder nach Einkommen im Hinblick auf BBG und JAEG	25
Abbildung 2:	Schematische Darstellung der GKV-Mitglieder nach Einkommen im Hinblick auf BBG und JAEG sowie der finanziellen Wirkung	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Finanzdefizit der Jahre 2023, 2024, 2025	8
Tabelle 2:	Zusätzlich zu deckender Finanzbedarf in den Jahren 2024, 2025	8
Tabelle 3:	Umfang versicherungsfremder Leistungen abzüglich der GKV-Beitragszahlungen für bzw. von ALG-II-Empfänger:innen (Auszug)	12
Tabelle 4:	Sozialversicherungsbeiträge im Jahr 2022	14
Tabelle 5:	Sozialversicherungsbeiträge im Jahr 2023	14
Tabelle 6:	Variante und deren BBG in der RV	23
Tabelle 7:	Einkommensverteilung auf Versicherte im Hinblick auf BBG und JAEG	27
Tabelle 8:	Anzahl Versicherte über die JAEG und deren potenziell generierte Mehreinnahmen	29
Tabelle 9:	Finanzierungsdefizit in Mrd. EUR (Ausgaben abzüglich Einnahmen ohne Zusatzbeitrag)	36
Tabelle 10:	Zusätzlicher Finanzbedarf	36
Tabelle 11:	Prognostizierte kostendeckende Zusatzbeiträge in Prozent	37

Abkürzungsverzeichnis

ALV	Arbeitslosenversicherung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAS	Bundesamtes für Soziale Sicherung
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BKK	Betriebskrankenkasse
BKV	Interessensgemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpE	Beitragspflichtige Einnahmen
EK	Ersatzkassen
GKV	Gestzliche Krankenversicherung
GKV-FinStG	Gesetz zur finanziellen Stabilisierung
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
HBeglG	Haushaltsbegleitgesetz
IKK	Innungskrankenkasse
JAEG	Jahresarbeitsentgeltgrenze
KBS	Knappschaft-Bahn-See
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
PKV	Private Krankenversicherung
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz
RV	Rentenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SozVersStabG	Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SV-ReGrV	Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
vdek	Verband der Ersatzkassen

1 Einführung

Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist zukünftig mit einer höheren Unterdeckung der Einnahmen des Gesundheitsfonds für den allgemeinen Beitragssatz im Vergleich zur Entwicklung der Ausgaben der GKV zu rechnen. Einschätzungen aus dem Jahr 2022, die den zusätzlichen Finanzierungsbedarf im Jahr 2023 prognostiziert hatten, gingen von Beträgen in Höhe von 17 Mrd. EUR (GKV-Spitzenverband, 2022) bis hin zu 19 Mrd. EUR (Wasem, 2022) aus. Daneben geben weitere Publikationen den zu erwartenden finanziellen Bedarf für 2024 sowie für 2025 an. Albrecht und Ochmann (2021) beziffern diesen für 2024 auf 23,5 Mrd. EUR und für 2025 auf 27,3 Mrd. EUR (Basisszenario); wohingegen Wasem (2022) in denselben Jahren von einem zusätzlichen Bedarf i. H. v. 18,0 Mrd. EUR und 21,3 Mrd. EUR ausgeht (Wasem, 2022).

Verschiedene Einschätzungen zur Höhe der Finanzierungslücke

Eine aktualisierte Einschätzung des GKV-Schätzerkreises des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) für das Jahr 2023 beziffert die primäre Unterdeckung des Gesundheitsfonds, die den Unterschied zwischen Beitragseinnahmen aus dem allgemeinen Beitragssatz und den Ausgaben der GKV wiedergibt, auf 44,3 Mrd. EUR (GKV-Schätzerkreis, 2023). Diese bleibt damit im Vergleich zu 2022 praktisch unverändert. Nichtsdestotrotz entsteht bereits im Jahr 2023 ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von mehr als 12 Mrd. EUR durch die Reduktion des Bundeszuschusses.

Neben den Ergebnissen für das Jahr 2023 werden ebenso Prognosen der Unterdeckung der Ausgaben für das Jahr 2024 ausgegeben. Der GKV-Schätzerkreis schätzt die primäre Unterdeckung für das Jahr 2024 um 3,5 Mrd. höher ein. Zusätzlich geht er aufgrund einer weiteren Reduktion des Bundeszuschusses und des Wegfalls weiterer einmaliger Einnahmen für 2024 von einem durch Zusatzbeiträge zu refinanzierenden Finanzdefizit i. H. v. 30,22 Mrd. EUR aus (GKV-Schätzerkreis, 2023). Damit steigt der Finanzbedarf durch Zusatzbeiträge allein für 2024 um 7,3 Mrd. EUR. Für 2025 liegt noch keine Schätzung des Schätzerkreises vor.

Aus diesem Grund wurden im Rahmen der vorliegenden Expertise eigene Berechnungen durchgeführt. Ausgehend von den Eckwerten des Schätzerkreises besteht für das Jahr 2023 in der Gegenüberstellung der Einnahmen ohne Zusatzbeitrag und der Ausgaben eine Finanzierungslücke von 18,94 Mrd. EUR. Für das Jahr 2024 beläuft sich der Betrag demnach auf eine Höhe von 30,20 Mrd. EUR. Für das Jahr 2025 wurde eine eigene Prognose durchgeführt, bei der eine Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, die das dreijährige Mittel aus der Vergangenheit i. H. v. 4,5 % abbildet, und ein Ausgabenwachstum des zweijährigen Mittelwerts der Veränderungsrate i. H. v. 5,14 % angenommen werden. Für das Jahr 2025 beläuft sich die Lücke zwischen Einnahmen ohne Zusatzbeitrag und Ausgaben auf eine Höhe von 34,16 Mrd. EUR.² Die genannten Summen können ebenso Tabelle 1 entnommen werden.

Eigene Berechnungen zum Betrag des Finanzdefizits

² Die expliziten Berechnungen sind Abschnitt 3.3.2 zu entnehmen.

Tabelle 1: Finanzdefizit der Jahre 2023, 2024, 2025

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an GKV-Schätzerkreis (2023)

Jahr	Einnahmen in Mrd. EUR	Ausgaben in Mrd. EUR	Finanzierungsdefizit in Mrd. EUR
2023	277,57	296,51	18,94
2024	283,47	313,67	30,20
2025	295,64	329,80	34,16

Wirft man nun einen Blick auf die Differenzen zwischen den einzelnen Finanzierungsdefiziten, ergeben sich die folgenden Werte: Zwischen den Jahren 2023 und 2024 liegt die Differenz bei 11,25 Mrd. EUR. Mit Blick auf das Jahr 2025 erhöht sich diese im Vergleich zum vorangegangenen Jahr auf 15,22 Mrd. EUR. Eine Abbildung der zusätzlichen Finanzbedarfe findet sich in Tabelle 2.

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

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an GKV-Schätzerkreis (2023)

Jahr	Prognostizierter zusätzlicher Finanzbedarf in Mrd. EUR
2024	11,25
2025	15,22

In der Gegenüberstellung wird ersichtlich, dass in der GKV in der Tat ein strukturelles Defizit vorliegt, das langfristig zwingend steigende Zusatzbeiträge auslöst, solange keine anderweitigen Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen ergriffen werden. In der fachlichen, politischen und medialen Debatte finden diese Ansätze bereits Raum. Der kürzlich durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ausgegebene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wird für das Jahr 2024 auf 1,7 % der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) angehoben (BMG, 2023c).

Um diesem Anliegen auf den Grund zu gehen, wurden im Auftrag der Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e. V. (BKV) insgesamt neun Ansätze, die zur Verringerung jenes zusätzlichen Finanzierungsbedarfs beitragen, untersucht (Müller, Wedekind, Elsner, Höpfner & Berndt, 2023). Neben der näheren Vorstellung der einzelnen Ansätze beinhaltet die beim Auftraggeber veröffentlichte Expertise zudem eine Bewertung des zu erwartenden Finanzvolumens angesichts des Bedarfs für die Jahre 2024 und 2025 und eine Einschätzung hinsichtlich der Wirkung und Umsetzung.

Die Grundlage für diesen Beitrag bildet eine Expertise, die im Auftrag des BKV durchgeführt wurde.

Vorliegend handelt es sich um eine verkürzte und aktualisierte Version der eben erwähnten Expertise.³ So werden hier lediglich drei der ausgearbeiteten Vorschläge erörtert, die die folgenden Punkte umfassen:

³ Der Abschnitt 3 entspricht inhaltlich der Vollversion der Expertise und wurde lediglich geringfügig redaktionell angepasst, um ein stimmiges Gesamtbild im vorliegenden Beitrag zu generieren.

- Sicherstellung der Sozialgarantie durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss zur Vollfinanzierung aller versicherungsfremden Leistungen durch den Bund (Abschnitt 3.1)
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf Rentenniveau (Abschnitt 3.2)
- Anhebung der Beiträge/Zusatzbeiträge in der GKV (Abschnitt 3.3)

Drei potenzielle Ansätze, um der Finanzierungslücke entgegenzuwirken

Für einen umfassenden Einblick in die Thematik empfiehlt sich die Sichtung der Vollversion der Expertise (Müller et al., 2023), in der zusätzlich die folgenden sechs Ansätze diskutiert werden:

- Vollfinanzierung der ALG-II-Empfänger:innen durch einen entsprechend hohen Bundeszuschuss
- Senkung der Mehrwertsteuer für Arznei- und Hilfsmittel
- Einführung einer Gesundheitsabgabe auf Alkohol und Tabak
- Eigenverantwortung stärken/Eigenbeteiligung anheben – Wiedereinführung der Praxisgebühr
- Absenkung der Krankengeldhöhe
- Konkretisierung einer Begrenzung jährlichen Ausgabenzuwachses durch die konsequente Berücksichtigung der Beitragsstabilität in den Versorgungsverträgen für die Jahre 2024/2025

2 Methodisches Vorgehen

Die drei oben genannten Ansätze werden im Rahmen dieser verkürzten Expertise hinsichtlich ihrer potenziellen Folgen diskutiert. Dabei unterteilen sich die Abschnitte 3.1 bis 3.3 in die jeweiligen Unterabschnitte *Einordnung*, *Wirkung*, *Folge* und *Umsetzbarkeit*.

Im Unterabschnitt Einordnung findet unter Rückbezug auf die recherchierte Literatur eine Einführung in das jeweilige Thema statt. In einem ersten Schritt werden dabei Definitionen für themenspezifische Begriffe aufgezeigt. Es folgt die Verortung und Darstellung des jeweiligen Themas hinsichtlich der erstmaligen Etablierung im Gesundheitswesen; zudem wird dessen zeitliche Entwicklung aufgezeigt. Neben damit einhergehenden gesetzlichen Bestimmungen werden auch mögliche Zusammenhänge benannt und erläutert. Um den Änderungsbedarf an dieser Stelle zu verdeutlichen, wird die aktuelle Situation aufgezeigt – welche sich insb. auf die Offenlegung des derzeitigen finanziellen Ausmaßes, das für den jeweiligen Ansatz aufzubringen ist, sowie die Benennung der Akteur:innen bezieht.

Vorgehensweise
zur Diskussion der
Einordnung

Im darauffolgenden Unterabschnitt Wirkung erfolgt die Erörterung des impliziten, potenziellen Finanzvolumens des jeweiligen Ansatzes. Im Sinne dieses Anliegens wird ebenfalls die recherchierte Literatur herangezogen, die gegebenenfalls – insofern die Datenlage es hergibt – durch eigene Berechnungen ergänzt wird. Verwendet werden dafür Informationen, die sich auf die Höhe der Ausgaben, die betroffenen Versicherten- bzw. Mitgliederzahlen, die Veränderungsraten und ähnliche Quellen beziehen. Dies ist insb. für den Abschnitt 3.2.2 zu beachten. Da hier kein exakter Wert vorliegt, werden verschiedene Varianten mit einbezogen, um so eine differenzierte Darstellung des möglichen Ausmaßes sicherzustellen.

Vorgehensweise
zur Diskussion der
Wirkung

Gegen Ende dieses Unterabschnitts findet sich auch eine Verrechnung der zusätzlichen Gelder, die durch die Umsetzung des jeweiligen Ansatzes generiert werden würden, mit dem prognostizierten zusätzlichen Finanzbedarf i. H. v. 11,25 Mrd. EUR im Jahr 2024 und dem i. H. v. 15,22 Mrd. EUR im Jahr 2025 wieder. Darüber hinaus wird der Deckungsanteil sowie die potenzielle Beitragssatzsenkung, die durch die erörterte Veränderung folgt, benannt (BMG, 2018; 2022e). Für die Berechnung einer potenziellen Beitragssatzreduktion wird das implizite Finanzvolumen des jeweiligen Ansatzes in ein Verhältnis mit den Mitgliederzahlen der GKV sowie deren bpE pro Jahr gesetzt. Daraus folgt die Höhe des Zusatzbeitrags, der für die Finanzierung dieses Vorschlags aufzuwenden wäre. Analog dazu entspricht dieser Betrag der möglichen Einsparung in Beitragssatzpunkten. Die Daten sind dem aktuellen Schätztableau des Schätzerkreises zu entnehmen (GKV-Schätzerkreis, 2023). Für das Jahr 2024 entsprechen 1,79 Mrd. EUR 0,1 Beitragssatzpunkten, im Jahr 2025 gilt das Verhältnis von 0,1 Beitragssatzpunkten zu einem Betrag i. H. v. 1,90 Mrd. EUR.

Im dritten Unterabschnitt Folge liegt der Fokus auf relevanten Akteur:innen (Beitragszahler:innen getrennt nach Mitgliedern und Arbeitgeber:innen). Anhand der ausgewählten Personenkreise werden die Folgen der zu diskutierenden Ansätze dargelegt.

Vorgehensweise
zur Diskussion der
Folgen

Jeder zu diskutierende Ansatz findet seinen Schluss im Unterabschnitt Umsetzbarkeit, der sich insb. auf eine Einschätzung des zeitlichen Rahmens der Realisation durch den Gesetzgeber bezieht, wobei vom 01.01.2024 als spätestes Datum für das Inkrafttreten ausgegangen wird. In diesem Sinne werden beispielhafte Gesetzestexte vorgelegt. Die Darstellung der Umsetzbarkeit ist als knapp einzustufen, was auf die rein theoretische Einschätzung zurückzuführen ist. Politische Interessen und daraus resultierende tatsächliche Wahrscheinlichkeiten hinsichtlich der Umsetzung werden nicht berücksichtigt.

**Vorgehensweise
zur Diskussion 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 BMG (2023k) 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 Mitglieder trotz Nicht-Zahlung von Versicherungsbeiträgen), andererseits Leistungen, die der Versichertengemeinschaft kostenlos angeboten werden (z. B. Präventionsmaßnahmen in nicht betrieblichen Lebenswelten) und Leistungen einzelner Leistungsbereiche (z. B. künstliche Befruchtung, Mutterschafts- und Kinderkrankengeld) (Albrecht & Ochmann, 2021; BMG, 2023k).

Definition der versicherungsfremden Leistungen

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 für und demnach auch die Auswahl von versicherungsfremden Leistungen als dynamisch und uneinheitlich 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 Spanne von 41,3 Mrd. bis 56,5 Mrd. EUR. Die Differenz in den Summen ergibt sich aus den unterschiedlichen Bezugsjahren 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	Umfang der Leistungsausgaben abzüglich der GKV-Beitragszahlungen für bzw. von ALG-II-Empfänger:innen in Mrd. EUR	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; Deutscher Bundestag, 2021a), wird auf Basis der aufgeführten, bereits bestehenden aktuellen Forschungsarbeiten von folgendem Umfang der Leistungsausgaben ausgegangen:

- In einer engen Auslegung des Begriffs versicherungsfremde Leistungen in Anlehnung an Meinhardt (2018) sowie Albrecht und Ochmann (2021) entspricht der diesbezügliche Finanzierungsumfang rund 42,0 Mrd. EUR (Mittelwert der beiden Größen)⁴
- In einer weiten Auslegung auf Grundlage von Höpfner et al. (2020) sind etwa 56,5 Mrd. EUR⁵ zu finanzieren⁶

Einschätzung zum Umfang der Leistungsausgaben

Sozialgarantie

Die „Sozialgarantie 2021“ resultierte aus den gestiegenen Ausgaben während der COVID-19-Pandemie, dem allgemeinen medizinischen Fortschritt und der steigenden Lebenserwartung bei einer gleichzeitigen 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, der die Sozialversicherungsbeiträge bei maximal 40,0 % stabilisieren soll, indem die darüber hinausgehenden Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt bis zum Jahr 2021 gedeckt werden (BMWK – Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, 2020). Dies schließt jedoch zugleich die Vermeidung einer Kürzung von Sozialleistungen mit ein (Bundesregierung, 2020).

Mit der „Sozialgarantie 2021“ sollen Sozialversicherungsbeiträge bis zum Jahr 2021 bei maximal 40,0 % stabilisiert werden.

Zu den Sozialversicherungen zählen die Rentenversicherung (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 (BMAS – 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).

⁴ Der Wert des GKV-SV (2018) wurde nicht berücksichtigt, da aus der Veröffentlichung nicht zweifelsfrei geklärt werden kann, ob mit den versicherungsfremden Leistungen einhergehende Ausweitungen der Beitragseinnahmen (z. B. ALG-II-Bezieher:innen) gegengerechnet wurden.

⁵ Die Abrundung auf 56,0 Mrd. EUR wird an späterer Stelle im Zusammenhang mit einer Regelung des § 221a Abs. 6 SGB V erläutert.

⁶ Es sind darüber hinaus in der Literatur noch weitere Werte zu finden. Beispielsweise gehen Greß und Stegmüller (2014) von einem Umfang von 33,2 Mrd. EUR für das Jahr 2010 aus, während Henke (2014) den Umfang auf 36,0 Mrd. EUR in den Jahren 2012/2013 schätzt. Auch der GKV-SV (2013) nimmt ein Ausgabenvolumen von 33,9 Mrd. EUR 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 (BA – Bundesagentur für Arbeit, 2020)
GKV – allgemeiner Beitragssatz	7,3	14,6 (GKV-Spitzenverband, o. J.a)
GKV – Ø Zusatzbeitragssatz	0,6	1,3 (Deutscher Bundestag, 2022b)
SPV – Beitragssatz	1,5 (BMG, 2023f) ⁷	3,05 (§ 55 SGB XI aF)
SPV – Kinderlosenzuschlag	0,4	0,4 (BMG, 2023f)
Summe	19,9 (ohne Kinderlosenzuschlag)	
Gesamt		39,95 (ohne Kinderlosenzuschlag) 40,35 (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) zum 26.05.2023, welches die moderate Erhöhung des Beitragssatzes für die soziale Pflegeversicherung vorsieht (BMG, 2023j). So bemisst sich der Beitragssatz für Mitglieder mit einem Kind auf 3,4 %, für kinderlose Mitglieder auf 4,0 %. Der Arbeitgeberanteil liegt unabhängig von der Anzahl der Kinder bei 1,7 %. In Summe ergibt sich für die Mitglieder mit einem Kind eine Beitragslast für die Sozialversicherungen i. H. v. 40,8 %, bei kinderlosen Beitragszahler:innen liegt der Wert aufgrund des Kinderlosenzuschlages i. H. v. 0,6 % mit 41,4 % noch höher⁸ (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 (BMAS, 2019)
ALV	1,3	2,6 (BMAS, 2022)
GKV – allgemeiner Beitragssatz	7,3	14,6 (BMG, 2022b)
GKV – Ø Zusatzbeitragssatz	0,8	1,6 (BMG, 2022a)
SPV – Beitragssatz	1,7	3,4 (BMG, 2023j) ⁹
SPV – Kinderlosenzuschlag	0,6 (BMG, 2023d)	0,6 (BMG, 2023j)
Summe	20,4 (ohne Kinderlosenzuschlag)	
Gesamt		40,8 (ohne Kinderlosenzuschlag) 41,4 (mit Kinderlosenzuschlag)

⁷ Die Ausnahme bildet Sachsen mit einem Arbeitnehmeranteil von 2,0 %.

⁸ Diese Werte bilden die Summe der Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile ab.

⁹ Dieser Beitragssatz fällt für die Mitglieder mit einem Kind an.

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. Dies führte 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 Gesetze¹⁰ die Höhe des Bundeszuschusses individuell fest. So betrug dieser gemäß GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007:

- 2005 2,5 Mrd. EUR
- 2006 4,2 Mrd. EUR nach GMG (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-Modernisierungsgesetz)
- 2007 und 2008 2,5 Mrd. EUR

Auch die jährliche Anhebung um 1,5 Mrd. EUR bis zu der Summe von 14 Mrd. EUR wurde mit dem GKV-WSG festgelegt (Art. 1 Nr. 153b GKV-WSG). Im Jahr 2013 erfolgte nach Art. 3 Nr. 1 HBegIG 2013 – Haushaltsbegleitgesetz 2013 die Festlegung eines Bundeszuschusses i. H. v. 11,5 Mrd. EUR. Nach Art. 1 Nr. 1 Haushaltsbegleitgesetz 2014 wurden Bundeszuschüsse von

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

beschlossen. Die Absenkungen in den Jahren 2013, 2014 und 2015 dienten der Konsolidierung des Bundeshaushaltes. Im Jahr 2019 wurde durch Art. 1 Nr. 85c TSVG – Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz) 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. EUR festlegt.

Im aktuellen Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2021 ist die regelmäßige Dynamisierung des Bundeszuschusses festgeschrieben. Näheres wird dort allerdings nicht erwähnt (SPD – Sozialdemokratische Partei Deutschlands, BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN & FDP – Freie Demokratische Partei, 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 (BMG, 2022b). Der Gesundheitsfonds wird überwiegend über die Beiträge der und für die Mitglieder sowie den Bundeszuschuss (BMG, 2022b) gespeist. Kritisch diskutiert wird dabei die Berechtigung der Verwendung von

Festlegung der Höhen des Bundeszuschusses ab 2005

Hintergrund zur bisherigen Finanzierung versicherungsfremder Leistungen

¹⁰ Zu diesen Gesetzen gehören 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 (buzer.de, 2023).

Steuergeldern, da diese nicht ausschließlich von der 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“ (BMWK – 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 (BMG, 2023h). Damit wäre eine Steuerfinanzierung angemessener als die derzeitige ausschließliche Finanzierung durch die Beitragszahler:innen (Höpfner et al., 2020).

Bei versicherungsfremden Leistungen handelt es sich um Leistungen, die über den medizinischen Kontext hinausgehen.

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 Art. 4 Nr. 1 SozVersStabG – Gesetz zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme und zur Einführung eines Sonderprogramms mit Maßnahmen für Milchviehhalter sowie zur Änderung anderer Gesetze (Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz) bei 3,9 Mrd. EUR und diente dem Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen in der GKV aufgrund der vorangegangenen Weltwirtschaftskrise im Jahr 2009 (Deutscher Bundestag, 2010a). Es folgte ein weiterer ergänzender Bundeszuschuss zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV i. H. v. 2,0 Mrd. EUR (Deutscher Bundestag, 2010b) durch Art. 18 HBegIG 2011 – Haushaltbegleitgesetz 2011, mit Art 3 Nr. 2 HBegIG 2013 wurde der betreffende § 221a SGB V wieder gestrichen und mit Art 1 Nr. 7 GPVG – Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz) i. H. v. 5 Mrd. EUR wieder eingeführt.

Entwicklung des ergänzenden Bundeszuschusses

Im Jahr 2020 diente der Bundeszuschuss ebenso der finanziellen Stabilität und der Stabilisierung der Beitragssätze im Kontext der durch die COVID-19-Pandemie ausgelösten Wirtschaftskrise (Deutscher Bundestag, 2020). Auch im Jahr 2021 wurde ein erhöhter Finanzbedarf aufgrund der COVID-19-Pandemie und der implizit geschwächten Wirtschaftssituation festgestellt, sodass die mit Art. 1 Nr. 52a GVWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz) in § 221a SGB V ergänzten 7,0 Mrd. EUR nicht ausreichen. Dieses Gesetz ermächtigte das BMG mit § 221a Abs. 3 S. 3 SGB V, befristet bis zum 31.12.2021, einen durch Rechtsverordnung ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 festzulegen. In der Bundeszuschussverordnung 2022 – Verordnung zur Festsetzung des ergänzenden Bundeszuschusses nach § 221a Abs. 3 S. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2022 wird deshalb ein ergänzender Bundeszuschuss von insgesamt 14,0 Mrd. EUR festgelegt (Deutscher Bundestag, 2021b). 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 (BMG, 2021a).

Im Jahr 2022 wird durch das GKV-FinStG die Zahlung des ergänzenden Bundeszuschusses i. H. v. 2,0 Mrd. EUR nach § 221a Abs. 5 S. 1 SGB V (Art 1 Nr. 20a GKV-FinStG – Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz)) sowie ein Darlehen an den Gesundheitsfonds i. H. v. 1 Mrd. EUR¹¹ für das Jahr 2023 festgelegt (BMG, 2022d). Dieses muss bis zum 31.12.2026 zurückgezahlt werden (BAS, 2022). 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 (Deutscher Bundestag, 2022b). Der im Jahr 2023 erwartete darüber hinaus bestehende Finanzbedarf wird auf 22,9 Mrd. EUR geschätzt (GKV-Schätzerkreis, 2023).

Neben diesen zusätzlichen Einnahmen von insgesamt 3,1 Mrd. EUR sieht 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. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass sich der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz jährlich um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte aufgrund des geringen Einnahmewachstums (resultierend aus 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 (Deutscher Bundestag, 2022b). 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 Finanzlast¹² (Ausschuss für Gesundheit, 2022). Des Weiteren ist ein ergänzender Bundeszuschuss nach § 221a Abs. 6 S. 1 SGB V i. H. v. 150 Mio. EUR infolge der Regelungen zum Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 2a SGB V vorgesehen (eingeführt mit Art. 2 Nr. 1g Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19). Entstehende Mehrausgaben, die

**Auswirkungen
durch das GKV-
FinStG**

**Hintergrund zur
bisherigen Finan-
zierung versiche-
rungsfremder
Leistungen**

¹¹ Das gewährte Darlehen stellt eine systemfremde Lösung dar, bei der ein Finanzierungsproblem in die Zukunft verschoben wird.

¹² Darüber hinaus 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).

die Mittel aus den Bundeszuschüssen übersteigen, sind nach § 221a 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. EUR 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 ermittelt 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.

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. EUR und in der weiten Auslegung etwa 56,5 Mrd. EUR 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 in Folge der den Betrag übersteigenden 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. EUR verharrt, muss Berücksich-

Bestimmung der Höhe der Finanzierungslücke

Der ergänzende Bundeszuschuss trägt nicht zur Grundausrichtung bei, da er die Beitragssatzstabilität in der GKV gewährleisten soll.

tigung finden. Die Deckungslücke der versicherungsfremden Leistungen liegt damit bei 27,5 Mrd. EUR (enge Auslegung; Albrecht & Ochmann, 2021) bzw. 42,0 Mrd. EUR (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. EUR (bzw. 42,0 Mrd. EUR in der weiten Auslegung) würde den in Abschnitt 1 angesprochenen zusätzlichen Finanzbedarf i. H. v. 11,25 Mrd. EUR 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 versicherungsfremder Leistungen verblieben hierfür 16,25 Mrd. EUR, bei der weiten Auslegungsvariante 30,75 Mrd. EUR.

Die Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen könnte die Finanzierungslücke vollständig schließen und eine Senkung der Zusatzbeiträge in der GKV herbeiführen.

Der zusätzliche Finanzbedarf i. H. v. 11,25 Mrd. EUR würde in der engen Auslegung zu 244,44 % überdeckt werden, in der weiten Auslegung sogar zu 373,33 % (BMG, 2018; 2022e) Wie bereits zuvor erläutert, dienen die Daten des Schätztableaus 2023 der Berechnung der potenziellen Beitragssatzsenkung. Der Betrag i. H. v. 27,5 Mrd. EUR (enge Auslegung), um den das Finanzdefizit überkompensiert werden würde, könnte nach dem Verhältnis (1,79 Mrd. EUR = 0,1 Beitragssatzpunkten) den Zusatzbeitragssatz folglich um 1,53 Beitragssatzpunkte senken. In der weiten Auslegung verbleiben von den erwarteten 42,0 Mrd. EUR nach Deckung des zusätzlichen Finanzbedarfs i. H. v. 11,25 Mrd. EUR wie bereits benannt 30,75 Mrd. EUR im Jahr 2024. Diese Summe könnte eine Senkung des Zusatzbeitragssatzes um 2,34 Prozentpunkte bewirken.

Für das Jahr 2025 bedeutet dies, dass nach der Deckung des zusätzlichen Finanzbedarfs von 15,22 Mrd. EUR durch den Betrag von 27,5 Mrd. EUR (in der engen Auslegung) 12,28 Mrd. EUR übrigbleiben. Damit wird das Finanzdefizit zu 180,68 % überdeckt. Analog zu der Berechnung für das Jahr 2024 – angepasst an die für 2025 geltenden Werte von 1,90 Mrd. EUR – 0,1 Beitragssatzpunkten könnte der Zusatzbeitragssatz im Jahr 2025 in der engen Auslegung um 1,45 Prozentpunkte gesenkt werden. In der weiten Auslegung verbleiben nach der Deckung des zusätzlichen Finanzbedarfs i. H. v. 15,22 Mrd. EUR von den ursprünglich 42,0 Mrd. EUR noch 26,78 Mrd. EUR. Damit wird das Finanzdefizit zu 275,95 % überdeckt. Dies impliziert eine potenzielle Beitragssatzsenkung von knapp 2,21 Prozentpunkten.

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 Versichertengruppen (hier könnten u. a. die beitragsfrei versicherten Kinder für Krankenkassen im Wettbewerb untereinander von Interessen sein; BAS, 2023) würde der Ansatz der Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen keine

Keine erwartbaren Auswirkungen auf den Wettbewerb unter Krankenkassen

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. EUR (bzw. 42,0 Mrd. EUR in der weiten Auslegung) erhöht werden. Des Weiteren sollte diesem konsequenterweise die Summe i. H. v. mind. 150 Mio. EUR 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 gewöhnlich hinter dem Ausgabenwachstum zurückbleibt, würde ansonsten erneut ein zusätzlicher Finanzbedarf bei den versicherungsfremden Leistungen entstehen, dieser stetig steigen und eine neue politische/gesellschaftliche Debatte im zeitlichen Verlauf auslösen.

**Empfehlungen zur
Umsetzung des
Ansatzes**

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 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 Ausgabebereiche des Bundeshaushaltes nicht verfügbar. Grund dafür ist unter anderem die in Art. 10 GG – Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland 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 (Deutscher Bundestag, 2022a). Diese könnten 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.

Vorschläge zur Umsetzung der Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen

Stattdessen relevant sind vorangegangene Gesetze, die eine Änderung des Bundeszuschusses nach sich zogen. Dazu dient u. a. das HBegIG aus dem Jahr 2014 als Beispiel. Dieses Gesetz folgte dem HBegIG aus dem Jahr 2013 und beinhaltet 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).

Relevante Gesetze zur Änderung des Bundeszuschusses

Als weiteres Beispiel dient das GKV-WSG, 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 vorsieht. 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 BMG 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 zum HBeglG 2014 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 HBeglG 2014 ist, wurde ebenso innerhalb von 5 Monaten umgesetzt (Deutscher Bundestag, 2014a).

Insgesamt zeigen die vorangegangenen, beispielhaften Gesetze, dass die Festlegung eines neuen Bundeszuschusses 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.

Einfluss der Gesetzgebung auf den zeitlichen Rahmen der Umsetzbarkeit

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

3.2.1 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, 2022). 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 (BMG, 2023b). Dieser Grundsatz findet bei der Betrachtung der höheren Einkommen jedoch zwei Grenzen. Die eine ist die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) und die andere die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG).

Die Höhe der Beitragssätze, die an das bemessungsrelevante Einkommen gekoppelt ist, wird durch die BBG und die JAEG begrenzt.

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 insb. Spitzenverdiener:innen, deren prozentualer Anteil an Versicherungsbeiträgen, gemessen am Arbeitsentgelt, mit zunehmendem Gehalt abnimmt. Die BBG der GKV

Erklärung zur BBG

beträgt im Jahr 2023 59.850 EUR jährlich (Bundesregierung, 2023). Die Höhe der BBG wird jährlich zum 01. Januar per Rechtsverordnung gemäß § 6 Abs. 6 SGB V durch das BMAS 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 § 2 Abs. 2 SVBezGrV 2023 – Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2023 (Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 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 EUR jährlich. Neben der JAEG gibt es zudem die besondere Versicherungspflichtgrenze, die im Jahr 2023 bei 59.850 EUR jährlich liegt. Dieser ermäßigte Betrag kommt bei Arbeitnehmer:innen zum Tragen, die zum 31.12.2002 bereits privat versichert waren (TK – 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 in die private Krankenversicherung (PKV) vollziehen.

[Erklärung zur JAEG](#)

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) (BMG, 2023b).

[Hinweise zur freiwilligen GKV-Mitgliedschaft](#)

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 6 stellt die vier genannten Varianten für das Jahr 2023 dar.

Tabelle 6: Variante 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 EUR
West – knappschaftliche RV	104.400 EUR
Ost – allgemeine RV	80.400 EUR
Ost – knappschaftliche RV	99.000 EUR

3.2.2 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 1 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

Relevante
Mitgliedergruppen
der GKV

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.

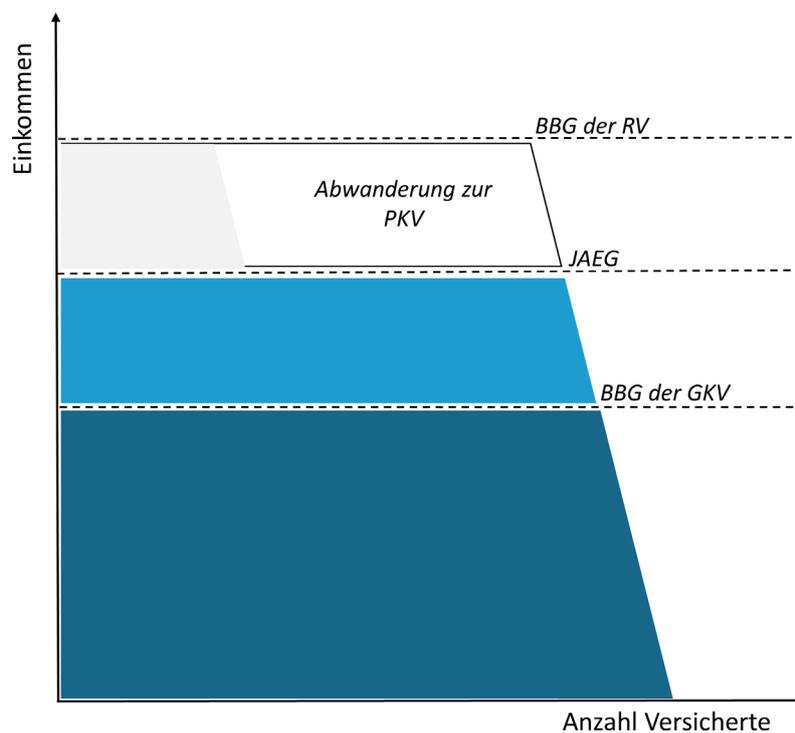


Abbildung 1: Schematische Darstellung der GKV-Mitglieder nach Einkommen im Hinblick auf BBG und JAEG
 Quelle: Eigene Darstellung

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 (BMG, 2022f), bei denen das Erreichen der BBG der GKV für eine freiwillige Versicherung in der GKV nicht erforderlich ist (SBK – Siemens-Betriebskrankenkasse, o. J.). Die Anzahl freiwillig Versicherter beläuft sich auf 3,0 Mio. Personen (BMG, 2022f).

Andererseits sind für die folgende Betrachtung ebenfalls die vollversicherten Arbeitnehmer: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

Ermittlung der GKV-Mitglieder, die über bpE oberhalb der BBG der GKV verfügen

Ermittlung der Arbeitnehmer:innen, die in der PKV versichert sind, mit Arbeitentgelt über der Versicherungspflichtgrenze

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 (BA – Bundesagentur für Arbeit, 2022). Insgesamt sind demnach rund 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) (BA, 2022).

Die sich ergebende Differenz zwischen dem Wert der Statistik der BA 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 (BA, 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 7 geht die Anzahl und der Anteil der Versicherten hervor, die mit ihrem Jahresentgelt die BBG der GKV von 58.050 EUR 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 EUR (Jahresentgelt mind. 58.800 EUR) gewählt. Die Obergrenze dieser Gruppe bildet die Entgeltklasse bis 5.400 EUR Monatseinkommen (Jahresgehalt höchstens 63.600 EUR). Insgesamt umfasst diese Gruppe 1,1 Mio. Personen. Diese sind vollständig in der GKV versichert.

**Berücksichtigung
der Verteilung der
sozialpflichtigen
Bruttoarbeitsent-
gelte**

Die 2. Gruppe besteht aus den Beschäftigten, deren Entgelt oberhalb der JAEG liegt, die aber unterhalb der niedrigsten BBG der RV (80.400 EUR jährlich in den neuen Bundesländern) verdienen. Die Gruppe umfasst die Versicherten mit einem Jahreseinkommen von mindestens 64.800 EUR bis höchstens 78.000 EUR¹³. Hierbei handelt es sich laut der BA-Statistik um 1,9 Mio. Beschäftigte. Vereinfachend wird für diese Gruppe ein jährliches Höchstgehalt von 78.000 EUR 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 EUR Monatsentgelt (79.200 EUR 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 EUR) überschreiten würde. Der untenstehenden Tabelle 7 sind die Zahlen der drei Gruppen zu entnehmen.

¹³ Die exakte Abgrenzung dieser Gruppe bei einer Entgelthöhe von 80.400 EUR ist auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht möglich.

Tabelle 7: Einkommensverteilung auf Versicherte im Hinblick auf BBG und JAEG

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BA (2022)

BBG, JAEG im Jahr 2021	Einkommen		Anzahl	Verhältnis der Versicherten- gruppen auf Grundlage des Anteils an der Bevölkerung	
	Von min.	Bis min.			
BBG GKV (58.050 EUR) (BMAS, 2020)	58.800 EUR	63.600 EUR	1.139.619	100 %	57,5 %
JAEG (64.350 EUR) (BMAS, 2020)	64.800 EUR	78.000 EUR	1.867.197		
BBG RV14 (80.400 EUR) (BMAS, 2020)	79.200 EUR		2.223.594		42,5 %

Es erfolgt demnach ausschließlich die beispielhafte Darstellung der Wirkung anhand einer der vier in Tabelle 6 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 knappschaftliche RV¹⁵ bleibt unberücksichtigt, da die allgemeine RV¹⁶ den größten Anteil an Versicherten ausmacht. Dementsprechend unterschätzen die nachfolgenden Berechnungen die tatsächlich möglichen Netto-Mehreinnahmen. Ebenso geht die Expertise nicht zusätzlich auf die in Folge einer Anhebung der BBG entstehenden möglichen Auswirkungen auf die besondere JAEG ein, da dafür ebenfalls die vorliegende Datengrundlage unzureichend ist.

Limitationen der Berechnung

Darlegung der Wirkung

Ausgangspunkt für die Betrachtung der Wirkung sind die Mitglieder, die als freiwillig versicherte Arbeitnehmer:innen gem. Mitgliederstatistik der GKV (Tabelle 7) oberhalb der BBG der GKV liegen (Schlüssel-Nr. 10217). Dies betrifft 3,0 Mio. Mitglieder (BMG, 2022f).

Bei diesen ist zu bestimmen

- wie viele davon die BBG, jedoch nicht die JAEG der GKV überschreiten 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 im Jahr 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

Annahme zu Beschäftigten, die die BBG, jedoch nicht die JAEG der GKV überschreiten

¹⁴ Allgemeine Rentenversicherung, neue Bundesländer.

¹⁵ 2,27 Mio. (Deutsche Rentenversicherung, 2023).

¹⁶ 39,04 Mio. (Deutsche Rentenversicherung, 2023).

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 %¹⁷ angesetzt. Für diese Gruppe ergeben sich Mehreinnahmen aus Beiträgen i. H. v. 550 Mio. EUR (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 sind (73,2 %), mit der Gesamtanzahl der sich in dieser Gehaltsklasse befindlichen Personen verrechnet. Die nachfolgende Tabelle 8 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.

Annahme zu Beschäftigten, die die JAEG der GKV überschreiten

Zuerst wurde die Differenz zwischen dem im Jahr 2021 geltenden Höchstsatz für die BBG von 4.837,50 EUR 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. 16,2 % verrechnet und anschließend mit der Anzahl der GKV-Mitglieder 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. EUR belaufen hätten (Tabelle 8), 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 EUR (Tabelle 8) die höchste Einkommensgruppe abbildet und somit an den insgesamt zu generierenden Mehrbeiträgen mit 66,1 % finanziell den größten Anteil ausmachen würde.

¹⁷ Trotz der Daten aus dem Jahr 2021 wird der Beitragssatz des Jahres 2023 verwendet, da die Darstellungen möglichst genau auf die Realität zutreffen sollen.

Tabelle 8: Anzahl Versicherte über die JAEG und deren potenziell generierte Mehreinnahmen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BA (2022)

Bezugsgröße	Jahreseinkommen in Euro	Anzahl Personen (GKV und PKV)	Anzahl GKV-Mitglieder ¹⁸	Jährliche Mehrbeiträge aus dem Einkommen in Mio. Euro
BBG RV (80.400) ¹⁹	< 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 im Jahr 2021 über ein Entgelt oberhalb der aktuellen BBG der GKV aber unterhalb der JAEG verfügen), die sich, wie oben bereits beschrieben, auf 550 Mio. EUR belaufen. Wird diese Summe mit den prognostizierten Netto-Mehreinnahmen aus Tabelle 8 verrechnet, entstehen für die GKV insgesamt Mehreinnahmen i. H. v. 8,9 Mrd. EUR, wenn jegliche Arbeitnehmer:innen oberhalb der JAEG in der GKV als freiwillig versicherte Person verbleiben würden. Diese Annahme ist allerdings nicht realistisch.

Erläuterung von zwei Szenarien zur Modellierung der Abwanderung von GKV-Mitgliedern in die PKV

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.

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, 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 würden und ein Wechsel für sie demnach nicht in Frage käme. 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.

¹⁸ 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 Abschnitten zu entnehmen) ab. Diese Rechnung wird ebenso für die anderen Gehaltsklassen durchgeführt.

¹⁹ Allgemeine Rentenversicherung, neue Bundesländer.

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 10,0 % bzw. 20,0 % 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 (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 rund 3,6 Mrd. EUR führen. Errechnet wurde diese Summe aus den einzelnen entgangenen Beiträgen der Versicherten. Hierfür wurden zunächst die 10,0 % mit der Anzahl der freiwillig versicherten Mitglieder in den jeweiligen relevanten Gehaltsklassen verrechnet. Die sich daraus ergebenden Personenzahlen, die aus der jeweiligen Einkommensklasse die GKV verlassen würden, wurden daraufhin mit deren Jahreseinkommen²⁰ 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. EUR) stellt die Beitragseinnahmen dieser 10,0 % dar, die der GKV verloren gehen würden.

Szenario 1

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. EUR durch den Wechsel von 20,0 % der freiwillig versicherten Mitglieder.

Abbildung 2 veranschaulicht, dass mit Mehreinnahmen von 8,9 Mrd. EUR und davon abzuziehenden Mindereinnahmen i. H. v. 3,6 Mrd. EUR durch Abwanderung in die PKV bei Variante 1 eine finanzielle Wirkung von insgesamt 5,3 Mrd. EUR 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. EUR (Mehreinnahmen von 8,9 Mrd. EUR abzüglich 7,2 Mrd. EUR durch Abwanderung in die PKV).

²⁰ Hierbei wurde die untere Grenze der Gehaltsgruppe als Wert für die Berechnung genutzt.

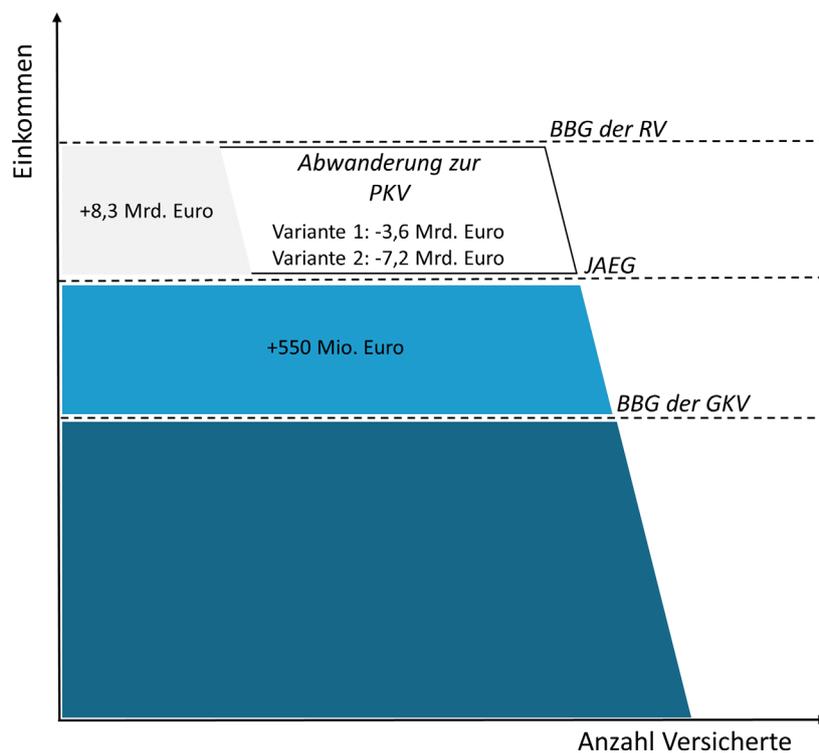


Abbildung 2: Schematische Darstellung der GKV-Mitglieder nach Einkommen im Hinblick auf BBG und JAEG sowie der finanziellen Wirkung

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung

Die Netto-Mehreinnahmen von 5,3 Mrd. EUR in der ersten Variante reduzieren den zusätzlichen Finanzbedarf der GKV im Jahr 2024 von 11,25 Mrd. EUR auf einen Restbetrag von 5,95 Mrd. EUR. Die Summe deckt etwa 47,11 % des Finanzbedarfs. Unter der Annahme, dass 0,1 Beitragssatzpunkte im Jahr 2024 1,79 Mrd. EUR entsprechen werden (s. Abschnitt 2), könnte dieser um 0,30 Prozentpunkte gesenkt werden. Im Jahr 2025 bleibt von dem zusätzlichen Finanzbedarf von 15,22 Mrd. EUR nach Abzug der Netto-Mehreinnahmen von 5,3 Mrd. EUR ein anderweitig zu deckender Finanzbedarf von 9,92 Mrd. EUR übrig. Die Lücke könnte somit zu etwa 34,82 % geschlossen werden. Der Zusatzbeitragssatz im Jahr 2025, der pro 0,1 Beitragssatzpunkten einer Summe von 1,90 Mrd. EUR entsprechen wird (s. Abschnitt 2), könnte um 0,28 Prozentpunkte gesenkt werden.

Die zweite Variante würde zu deutlich geringeren Mehreinnahmen führen. So würde der zusätzliche Finanzbedarf von 11,25 Mrd. EUR im Jahr 2024 basierend auf diesen Berechnungen der Netto-Mehreinnahmen i. H. v. 1,7 Mrd. EUR auf 9,55 Mrd. EUR gesenkt werden. Diese Netto-Mehreinnahmen decken somit nur rund 15,11 % der benötigten Gelder ab. Der Zusatzbeitragssatz im Jahr 2024 könnte in Folge dieser Maßnahme um 0,09 Prozentpunkte gesenkt werden. Im Jahr 2025 würde sich von den anfänglich benötigten 15,22 Mrd. Euro ein verbleibender zusätzlicher Finanzbedarf von 13,52 Mrd. Euro ergeben. Die Netto-Mehreinnahmen decken den Bedarf nur zu 11,17 %. Der Zusatzbeitragssatz im Jahr 2025 könnte entsprechend dem vorangegangenen Jahr 2024 um 0,09 Prozentpunkte gesenkt werden.

Vergleich der beiden Szenarien hinsichtlich der Netto-Mehreinnahmen

3.2.3 Folge

Die sich aus der ersten Variante ergebenden Netto-Mehreinnahmen i. H. v. 5,3 Mrd. EUR würden zu einer Umverteilung der Beitragslast zwischen den Beitragszahler:innen führen. Aus der Anhebung der BBG resultiert eine höhere finanzielle Belastung für Besserverdienende, deren Entgelt höher verbeitragt werden würde. Demgegenüber würden Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, die die Einkommen unterhalb der BBG 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, 2021c). 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 Beitragssatzerhöhungen und damit höhere Beiträge für geringere Einkommen vermeiden könnten. 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.

Folgen des Szenario 1

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 – Verband der Ersetzkassen, 2022). 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 hohem Einkommen bei der Beitragsbemessung in der GKV ist mit der Anhebung der BBG nicht zu erwarten. Hierfür müsste die BBG gänzlich entfallen.

Schlussfolgerungen aus den Limitationen der Berechnungen

3.2.4 Umsetzbarkeit

Erstmalig verkündet wurde die BBG bzw. der dazugehörige § 223 SGB V mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG) vom 20.12.1988. Das Gesetz wurde am 29.04.1988 durch die Bundesregierung vorgelegt und trat am 01.01.1989 in Kraft. Nach § 223 Abs. 3 SGB V orientiert sich die BBG an der JAEG. Letztere wird gem. § 6 Abs. 6 SGB V jährlich zum 01. Januar durch Rechtsverordnung vom BMAS 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.

Gesetzliche Rahmenbedingungen zur Umsetzbarkeit

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

3.3.1 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 (BMG, 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-FQWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz) im Jahr 2015 wurde der zuvor erhobene pauschale, einkommensunabhängige Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen und der Sozialausgleich nach Art. 1 Nr. 18 GKV-FQWG durch einen kassenindividuellen, einkommensabhängigen Zusatzbeitragssatz ersetzt. Seit dem 01.01.2019 wird der Zusatzbeitragssatz von den Arbeitnehmer:innen und den Arbeitgeber:innen nach § 249 SGB V zu gleichen Teilen getragen.

Seit 2019 wird der Zusatzbeitrag von den Arbeitnehmer:innen und den Arbeitgeber:innen 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 01. 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 % (GKV-Spitzenverband, o. J.b), derzeit liegt er bei 1,6 % (BMG, 2022a) und für das Jahr 2024 wird er auf 1,7 % festgelegt (BMG, 2023c). 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 (TK – Techniker Krankenkasse, o. J.a).

3.3.2 Wirkung

Das Erkenntnisinteresse dieses Ansatzes liegt in der Prognose kostendeckender Zusatzbeitragssätze für die einzelnen Krankenkassenarten, die die vollständige Deckung der zu erwartenden zusätzlichen Finanzbedarfe in den Jahren 2024 und 2025 vorsehen. 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.

Erläuterung des Begriffs „kosten-deckend“

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 (BMG, 2023a).

Arten von Krankenkassen

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 jeweils die KJ1-Statistiken des BMG als Datenquellen dienen. 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 (BMG, 2020, 2021b, 2022c, 2023g). Auf Basis des 3-Jahresdurchschnitts der Einnahmenvolumina der Jahre 2019 bis 2022 wurde die durchschnittliche Veränderungsrate der bpE i. H. v. 4,50 % berechnet. Die Fortentwicklung des Einnahmenvolumens des Jahres 2022 mithilfe der durchschnittlichen Veränderungsrate ergibt die prognostizierten Einnahmen für das Jahr 2023. Für die Berechnungen der erwartbaren Einnahmen in den Jahren 2024 und 2025 werden analog zu dem Vorgehen die Vorjahreswerte verwendet.

Die Gesamteinnahmen der GKV werden in dem aktuellen Schätztableau des GKV-Schätzerkreises für die Jahre 2022 bis 2024 ausgegeben. Für weitere Berechnungen werden zunächst die durch den Schätzerkreis geschätzten Einnahmen des Jahres 2023 i. H. v. 277,57 Mrd. EUR (GKV-Schätzerkreis, 2023) um die spezifischen Einmaleffekte auf der Einnahmeseite bereinigt. Dabei handelt es sich um

Zu bereinigende Einmaleffekte auf die geschätzten Einnahmen des Jahres 2023

- den ergänzenden Bundeszuschuss i. H. v. 2,0 Mrd. EUR,
- das unverzinsten Bundesdarlehen gemäß § 12 Abs. 4 S. 1 Haushaltsgesetz 2023 – Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2023 i. H. v. 1,0 Mrd. EUR,
- die Vermögensabgabe nach § 272b SGB V i. H. v. 2,5 Mrd. EUR,
- die Zuführungen aus der Liquiditätsreserve gemäß § 271 Abs. 4 SGB V i. H. v. 300 Mio. EUR und
- der Zuweisungserhöhung nach § 271 Abs. 2 SGB V i. H. v. 4,7 Mrd. EUR.

Insgesamt ergeben sich Einnahmen durch die finanziellen Maßnahmen im Jahr 2023 i. H. v. 10,48 Mrd. EUR. Die Gesamteinnahmen der GKV belaufen sich im Jahr 2023 abzüglich der Einmaleffekte sowie der Einnahmen aus dem Zusatzbeitragssatz auf 267,09 Mrd. EUR. Für das Jahr 2024 gibt das Schätztableau den Betrag i. H. v. 283,47 Mrd. EUR an erwartbaren Einnahmen für die GKV aus.

Dieser Betrag dient der Berechnung der GKV-Einnahmen im Jahr 2025. Zunächst wird die Summe um den Bundeszuschuss i. H. v. 14,5 Mrd. EUR bereinigt, da es sich hierbei um einen pauschalen Betrag handelt, der nicht mit der Veränderungsrate verrechnet wird. Der verbleibende Betrag i. H. v. 269,0 Mrd. EUR wird mit der jährlichen Wachstumsrate von 4,50 % fortentwickelt. Auf diesen wird derjenige des Bundeszuschusses i. H. v. 14,5 Mrd. Euro wieder hinzuaddiert. Im Jahr 2025 belaufen sich die Einnahmen folglich auf rund 295,64 Mrd. EUR.

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 bestimmt und auf die Gesamtveränderungsrate der Einnahmen adaptiert. 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 Zusatzbeitragssatzes in den kommenden Jahren ist neben den Einnahmen ebenfalls das Ausgabenvolumen²¹ der gesamten GKV sowie der einzelnen Krankenkassenarten relevant. 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. Die dafür zugrundegelegten Werte entstammen den KJ1-Statistiken des BMG der Jahre 2019 bis 2022 (BMG, 2020, 2021b, 2022c, 2023g).

**Ausgabenvolumen
der gesamten GKV**

Anhand dieser Ergebnisse kann auf den zu erwartenden zusätzlichen Finanzbedarf der GKV sowie der einzelnen Krankenkassenarten in den Jahren 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. 18,94 Mrd. EUR. Dieser Betrag bildet die Differenz aus den erwarteten Ausgaben im Jahr 2023 i. H. v. 296,51 Mrd. EUR und den zu erwartenden Einnahmen ohne Zusatzbeitragssatz in demselben Jahr i. H. v. 277,56 Mrd. EUR ab.

Tatsächlich würden der GKV im Jahr 2023 29,42 Mrd. EUR fehlen, blieben die finanziellen Maßnahmen wie der ergänzende Bundeszuschuss, das unverzinsten Darlehen des Bundes, die Vermögensabgabe sowie die Zuführungen aus der Liquiditätsreserve unberücksichtigt. Dieser Betrag bildet die Differenz der Einnahmen i. H. v. 267,09 Mrd. EUR sowie der Ausgaben i. H. v. 296,51 Mrd. EUR ab. Für 2024 ergibt sich aus der Differenz der Ausgaben i. H. v. 313,67 Mrd. EUR und

²¹ 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.

der Einnahmen i. H. v. 283,47 Mrd. EUR ein Finanzdefizit i. H. v. 30,20 Mrd. EUR. Äquivalent dazu folgt aus der Differenz der prognostizierten Ausgaben des Jahres 2025 i. H. v. 329,80 Mrd. EUR und der gegenüberstehenden Einnahmen i. H. v. 295,64 Mrd. EUR ein Finanzdefizit i. H. v. 34,16 Mrd. EUR. Sowohl diese als auch die kassenartenindividuellen Beträge sind der untenstehenden Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9: Finanzierungsdefizit in Mrd. EUR (Ausgaben abzüglich Einnahmen ohne Zusatzbeitrag)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (2020, 2021b, 2022c, 2023g) und GKV-Schätzerkreis (2023)

Jahr	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	EK
2023	18,94	7,31	2,61	1,37	0,44	7,21
2023 ²²	29,42	11,26	4,07	2,09	0,73	11,28
2024	30,20	12,43	3,70	2,18	0,76	11,13
2025	34,16	14,87	3,73	2,50	0,86	12,19

Tabelle 10 stellt darauf aufbauend die zusätzlichen Finanzbedarfe der Jahre 2024 und 2025 im Vergleich zu 2023 dar. Der zusätzlich zu dem bestehenden Finanzdefizit im Jahr 2023 entstehende Finanzbedarf im Jahr 2024 beläuft sich auf 11,25 Mrd. EUR. Dieser repräsentiert die Differenz des Finanzbedarfs i. H. v. 18,94 Mrd. EUR im Jahr 2023 sowie i. H. v. 30,20 Mrd. EUR im Jahr 2024. Äquivalent dazu wird der zusätzliche Finanzbedarf des Jahres 2025 i. H. v. 15,22 Mrd. EUR berechnet.

Tabelle 10: Zusätzlicher Finanzbedarf

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an GKV-Schätzerkreis (2023)

Jahr	Zusätzlicher Finanzbedarf in Mrd. Euro
2024	11,25
2025	15,22

Für die in Tabelle 10 dargestellten zusätzlichen Finanzbedarfe der GKV der Jahre 2024 und 2025 sollen im Rahmen dieser Expertise die kostendeckenden kassenartenindividuellen Zusatzbeitragssätze 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 (BMG, 2023i).

Im Jahr 2022 betragen die jährlichen bpE rund 27.918,25 EUR pro Mitglied, im Jahr 2023 29.139,89 EUR, im Jahr 2024 30.625,47 EUR (GKV-Schätzerkreis, 2023). Für das Jahr 2025 wird diese Entwicklung auf 32.186,79 EUR pro Mitglied fortgeschrieben. Für die Berechnung der kostendeckenden kassenartenindividuellen Zusatzbeitragsätze werden die jeweiligen Finanzierungsdefizite aus den Jahren 2023, 2023 (ohne Sondereinnahmen), 2024 und 2025 genutzt (Tabelle 9). Tabelle 11 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.

²² Beträge abzüglich des ergänzenden Bundeszuschusses, des Darlehens, der Vermögensabgabe, der Zuführungen aus der Liquiditätsreserve.

Tabelle 11: Prognostizierte kostendeckende Zusatzbeiträge in Prozent

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (2023i) und GKV-Schätzerkreis (2023)

Jahr	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	EK
2023	1,14	1,20	1,05	1,17	1,26	1,10
2023 ²³	1,76	1,84	1,64	1,78	2,07	1,72
2024	1,72	1,93	1,42	1,77	2,04	1,61
2025	1,85	2,20	1,36	1,93	2,22	1,68

Die dargestellten Finanzbedarfe für 2025 (Tabelle 10) bilden ausschließlich die Einnahmen durch die Beiträge der und für die Mitglieder sowie den jährlich gezahlten Bundeszuschuss i. H. v. 14,5 Mrd. EUR 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 Zusatzbeitragssatzes von durchschnittlich 1,6 Prozent im Jahr 2023 auf den prognostizierten, kostendeckenden Prozentsatz von 1,72 % im Jahr 2024 würde eine Mehrbelastung von 2,00 Mrd. EUR für die Beitragszahler:innen (Arbeitnehmer:innen sowie Arbeitgeber:innen) bedeuten, wenn davon ausgegangen wird, dass 1,79 Mrd. EUR 0,1 Beitragssatzpunkte im Jahr 2024 entsprechen würden (3.1.2). Tatsächlich wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz auf 1,7 % im Jahr 2024 angehoben (BMG, 2023c), sodass sich die Mehrbelastung auf 1,79 Mrd. EUR beläuft. Es handelt sich demnach um einen beinahe kostendeckenden Zusatzbeitragssatz. Äquivalent dazu führt die Anhebung des jetzigen Zusatzbeitragssatzes auf die Höhe des im Jahr 2025 benötigten, kostendeckenden Zusatzbeitragssatzes von 1,85 % zu einer zusätzlichen Finanzlast von 3,52 Mrd. EUR für die Beitragszahler:innen gemessen an den im Jahr 2025 erwarteten 1,90 Mrd. EUR (s. Abschnitt 2), die 0,1 Beitragssatzpunkten entsprechen würden.

Finanzielles Ausmaß der Mehrbelastung für Beitragszahler:innen

3.3.3 Folge

Ein kostendeckender Zusatzbeitragssatz würde de facto zu einer vollständigen Deckung des zusätzlichen Finanzbedarfs der GKV führen. Dies würde allerdings ebenso eine deutliche Mehrbelastung der Beitragszahler:innen (Arbeitnehmer:innen sowie Arbeitgeber:innen) implizieren. Für einzelne Krankenkassenarten liegen die erwarteten Zusatzbeitragssätze dabei deutlich über dem GKV-Durchschnitt. Bezogen auf das Jahr 2024 würde der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz 1,72 % betragen. Damit müsste der derzeit geltende Zusatzbeitragssatz von 1,6 % im Jahr 2023 (GKV-Spitzenverband, o. J.b) um 0,12 Prozentpunkte ansteigen. Für das Jahr 2025 wird ein kostendeckender, durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz i. H. v. 1,85 % prognostiziert, folglich müsste der im Jahr 2023 geltende durchschnittliche Zusatzbeitragssatz um 0,25 Prozentpunkte ansteigen. Berechnet wurden die kostendeckenden Zusatzbeitragssätze mithilfe der Grund-

Mehrbelastung der Beitragszahler:innen

²³ Beträge abzüglich des ergänzenden Bundeszuschusses, des Darlehens, der Vermögensabgabe, der Zuführungen aus der Liquiditätsreserve.

lohnsumme der jeweiligen Jahre (ausgewiesen im Schätztableau 2023; GKV-Schätzerkreis, 2023) sowie der Anzahl der Mitglieder der gesamten GKV und entsprechend der einzelnen Kassenarten entsprechend der KM1-Statistik (BMG, 2023i). Dabei bleibt der Effekt der Mitgliederentwicklung in der GKV für 2024 und 2025 allerdings unberücksichtigt, da deren Verteilung in der GKV im Rahmen der Expertise für die Jahre 2024 und 2025 nicht prognostiziert worden ist.

Das finanzielle Ausmaß einer für die Beitragszahler:innen entstehenden Mehrbelastung ist bereits in Abschnitt 3.3.2 für 2024 und 2025 beziffert worden. Zudem unterscheiden sich die Zusatzbeitragssätze erheblich je nach Krankenkassenart. Die AOKn, die IKKn sowie die KBS müssten zur Abgeltung ihres Finanzdefizits höhere Zusatzbeitragssätze als andere Kassen einfordern (Tabelle 11). Die Zusatzbeitragssätze der BKKn und der EKn würden mit 1,05 % bzw. 1,10 % unter dem GKV-Durchschnitt liegen. Für die Jahre 2024 und 2025 würden die Zusatzbeitragssätze der BKKn und der EKn mit 1,42 % bzw. 1,61 % (2024) und 1,36 % bzw. 1,68 % (2025) den GKV-Durchschnitt deutlich unterdecken.

Unterschiede in den Zusatzbeitragssätzen je Krankenkassenart

Ausgenommen von dem kostendeckenden Zusatzbeitragssatz der BKKn würden sämtliche Zusatzbeitragssätze der Kassenarten von 2024 zu 2025 ansteigen. Zwischen den einzelnen Kassenarten unterscheiden sich die Zusatzbeitragssätze allerdings erheblich. Die Differenz zwischen dem kostendeckenden Zusatzbeitragssatz der BKKn i. H. v. 1,42 % und dem der KBS i. H. v. 2,04 % im Jahr 2024 beläuft sich auf 0,62 Prozentpunkte, wodurch sich ebenfalls die Belastung der Beitragszahler:innen erheblich unterscheidet. Im Jahr 2025 liegt der prognostizierte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der GKV bei 1,85 %. Auch in diesem Jahr würden die Zusatzbeitragssätze der BKKn sowie der EKn den GKV-Durchschnitt unterdecken (Tabelle 11). Die höchsten Zusatzbeitragssätze haben dem gegenüber die AOK mit 2,20 % sowie die KBS mit 2,22 % zu verzeichnen. Somit würde sich die Differenz zwischen dem Zusatzbeitragssatz der BKKn i. H. v. 1,36 % und dem der KBS i. H. v. 2,22 % auf 0,86 Prozentpunkte erhöhen. Ein Anstieg in den Differenzen zwischen den kassenartenindividuellen Zusatzbeitragssätzen wäre jährlich zu erwarten.

Anstieg in sämtlichen Zusatzbeitragssätzen

Die Anhebung der Zusatzbeitragssätze würde zu einer zusätzlichen Verletzung der Sozialgarantie führen, die in Abschnitt 3.1 bereits explizit dargestellt worden ist. Die Einhaltung ist allerdings bereits im Jahr 2023 nicht möglich (Bundeszuschuss). 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 hingegen nicht stärker finanziell belastet werden.

Verletzung der Sozialgarantie

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.

3.3.4 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 (BMG, 2022a). Dieses legt, wie bereits in Abschnitt 3.3.1 erläutert, den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf Grundlage der Schätzungen des Schätzerkreises fest. Die Festsetzung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zum 01. November eines jeden Jahres ermöglicht eine zeitnahe und wirksame Umsetzung, sodass die Anhebung des kostendeckenden Zusatzbeitragssatzes an die Finanzlücke jährlich zum 01. Januar möglich wäre.

Eine zeitnahe und wirksame Umsetzung der Einführung kostendeckender Zusatzbeiträge wäre möglich.

4 Fazit

Im vorliegenden Beitrag werden insgesamt drei der neun kurzfristig wirksamen Finanzierungsansätze für die GKV ausführlich dargestellt und kritisch betrachtet. Zudem wird ein umfassender Einblick in die zugrunde gelegte Methodik geliefert. Dabei gliedert sich die Diskussion der einzelnen Ansätze in die jeweiligen Unterabschnitte Einordnung, Wirkung, Folge und Umsetzbarkeit.

Im Rahmen dieser Expertise zeigt sich, dass die Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund (Abschnitt 3.1) und die Anhebung der BBG der GKV auf das Niveau der RV (Abschnitt 3.2) als am finanziell wirksamsten einzustufen sind. Grundsätzlich sollen alle zur Diskussion gestellten Ansätze zu einer Entlastung der Mitglieder und Arbeitgeber:innen führen; dies kann jedoch nicht in jedem Fall sichergestellt werden. So würde die Einführung kostendeckender Zusatzbeitragsätze mit einer erheblichen Steigerung der Sozialversicherungsbeiträge einhergehen (Abschnitt 3.3).

Für einen tiefergehenden Einblick in die Thematik sei an dieser Stelle auf die gesamte Expertise verwiesen, die auf der Website der Interessensgemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e. V. aufrufbar ist (Müller et al., 2023). Hierin sind alle neun Ansätze zur Schließung der Finanzierungslücke mitsamt ausführlicher Diskussion hinsichtlich ihrer Wirkung, Folge und Umsetzbarkeit einsehbar.

Forschende sind eingeladen, die hier präsentierten Ansätze für das eigene Forschungsinteresse heranzuziehen und anzureichern. Im Sinne des wissenschaftlichen Fortschritts und der übergeordneten Zielstellung, eine wirksame Finanzierung für die GKV sicherzustellen, freut sich die Autorenschaft über konstruktiven Austausch und zukünftige Kollaborationen im hier präsentierten Themenfeld.

Literaturverzeichnis

Forschungsliteratur und Quellen

- Albrecht, M. & Ochmann, R. (2021). *Abschätzung des Finanzbedarfs in der GKV bis 2025 unter besonderer Berücksichtigung einer stärkeren Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen*. Szenarien-Analyse. IGES Institut GmbH (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).
- Ausschuss für Gesundheit (Hrsg.). (2022). *Wortprotokoll der 36. Sitzung*. Deutscher Bundestag. (Protokoll-Nr. 20/36). Berlin. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/919468/20d741ae50db49a16b8deba402ac7ab7/036_28-09-2022_GKV-data.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- BA – 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).
- BA – Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2022). *Sozialversicherungspflichtige Bruttomonatsentgelte (Jahreszahlen). Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise*. Nürnberg. Online: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202112/iiia6/beschaefigung-entgelt-entgelt/entgelt-d-0-202112-xlsx.xlsx?__blob=publicationFile&v=2> (abgerufen am 20.04.2023).
- BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). (2022). *GKV-Schätzerkreis schätzt die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2022 und 2023*. [Pressemitteilung]. Bonn. Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Presse/20221013Pressemitteilung_GKV-Schaetzerkreis_2022_2023.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). (2023). *Risikostrukturausgleich Ergebnisse des Jahresausgleichs 2021*. Stand: 11.01.2023. Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Datenzusammenstellung_und_Auswertung/20230111_Auswertung_JA2021.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- BMAS – 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).
- BMAS – 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).
- BMAS – 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).
- BMAS – 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).

- BMG – 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).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2020). *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).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021a). *Bekanntmachung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – für das Jahr 2022*. (BANz AT 19.11.2021 B4). Online: <<https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/BRtmL7abzLxLOskV8An/content/BRtmL7abzLxLOskV8An/BAnz%20AT%2019.11.2021%20B4.pdf?inline>> (abgerufen am 10.05.2023).
- BMG – 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).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022a). *Bekanntmachung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2023*. (BANz AT 31.10.2022 B5). Online: <<https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/Y2KyrrrAUu6dSf1ASpW/content/Y2KyrrrAUu6dSf1ASpW/BAnz%20AT%2031.10.2022%20B5.pdf?inline>> (abgerufen am 19.04.2023).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022b). *Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- BMG – 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).
- BMG – 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).
- BMG – 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).
- BMG – 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).
- BMG – 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).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023b). *Beiträge*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege.html>> (abgerufen am 19.04.2023).

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023c). *Bekanntmachung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2024*. (BAnz AT 31.10.2023 B3). Online: <<https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/lv5eHoYhOm7Elp1EaWa/content/lv5eHoYhOm7Elp1EaWa/BAnz%20AT%2031.10.2023%20B3.pdf?inline>> (abgerufen am 03.11.2023).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023d). *Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege. (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)*. *Gesetzentwurf der Bundesregierung*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/GE_Pflegeunterstuetzung_Kabinettvorlage.pdf> (abgerufen am 11.05.2023).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023e). *Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege. (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)*. *Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PUEG_RefE_Pflegereform_bf.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023f). *Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023g). *Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2022*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2022_Internet.pdf> (abgerufen am 26.10.2023).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023h). *Gesund bleiben: Prävention und Gesundheitsförderung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung-praevention.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023i). *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).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023j). *Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/pueg>> (abgerufen am 14.12.2023).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023k). *Versicherungsfremde Leistungen*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- BMWK – 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).
- BMWK – 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).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2020). *Pressekonferenz zu Konjunktur-/Krisenbewältigungspaket und Zukunftspaket. Mitschrift Pressekonferenz*. Online: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/pressekonferenz-zu-konjunktur-krisebewaeltigungspaket-und-zukunftspaket-1757642>> (abgerufen am 19.04.2023).

- Bundesregierung (Hrsg.). (2023). *Neue Beitragsbemessungsgrenzen für 2023. Sozialversicherung*. Online: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/beitragsbemessungsgrenzen-2023-2133570>> (abgerufen am 20.04.2023).
- 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).
- buzer.de (Hrsg.). (2023). *§ 221 - Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V*. Online: <https://www.buzer.de/221_SGB_V.htm> (abgerufen am 19.04.2023).
- Demografie-Portal (Hrsg.). (o. J.). *Zusammengefasste Geburtenziffer*. Online: <<https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/zusammengefasste-geburtenziffer.html;jsessionid=856DDF9879ECAEC7680A10CA55FA6D27.internet272?nn=676848>> (abgerufen am 19.04.2023).
- 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*. Online: <<https://www.ihre-vorsorge.de/rente/gesetzliche-rentenversicherung/fuenf-zweige-der-sozialversicherung-in-deutschland.html>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (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). Berlin. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/17/005/1700507.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2010b). *Finanzplan des Bundes 2010 bis 2014*. (Drucksache 17/2501). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/17/025/1702501.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2014a). *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) (G-SIG: 16019322)*. Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../7246>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2014b). *Haushaltsbegleitgesetz 2014*. Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../58588>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2020). *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.). (2021a). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Uwe Witt, Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD - Drucksache 19/26464 - Entwicklung der versicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung*. (Drucksache 19/26843). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/19/268/1926843.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2021b). *Beschlussempfehlung und Bericht des Hauptausschusses zu der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit - Drucksache 20/8. Verordnung zur Festsetzung des ergänzenden Bundeszuschusses nach § 221a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2022 (Bundeszuschussverordnung 2022)*. (Drucksache 20/77). Berlin. Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/20/000/2000077.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2021c). *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.). (2022a). *Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz). – Drucksache 20/3448 – Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates*. (Drucksache 20/3713). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/20/037/2003713.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2022b). *Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz)*. (Drucksache 20/3448). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/20/034/2003448.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- Deutscher Mittelstands-Bund (Hrsg.). (2020). *Deckelung von Sozialabgaben*. Online: <<https://www.mittelstandsbund.de/themen/arbeit-bildung/deckelung-von-sozialabgaben>> (abgerufen am 20.04.2023).
- GKV-Schätzerkreis (Hrsg.). (2022). *Schätztableau des GKV-Schätzerkreises*. Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) (Hrsg.). Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20221013_Schaetztableau_2023.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- GKV-Schätzerkreis (Hrsg.). (2023). *Schätztableau des GKV-Schätzerkreises*. Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) (Hrsg.). Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20231012_Schaetztableau_2023_2024.pdf> (abgerufen am 04.12.2023).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2022). *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.). (o. J.a). *Finanzierung*. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/finanzierung/finanzierung.jsp> (abgerufen am 19.04.2023).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (o. J.b). *Zusatzbeitragssatz*. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/finanzierung/zusatzbeitragssatz/zusatzbeitragssatz.jsp> (abgerufen am 20.04.2023).

- 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).
- Henke, K.-D. (2014). *Anhörung Haushaltsausschuss Zum Haushaltsbegleitgesetz 2014 Am 13. Mai 2014 in Der Zeit Von 11 Bis 13 Uhr in Berlin, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörungssaal 3.101.*. An: G. Löttsch. Berlin. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/283616/d330a8db637e012cbf2%2001d0a498cb4da/tu-berlin_henke-pdf-data.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Höpfner, T., Berndt, B., Schäffer, T. & Militzer-Horstmann, C. (2020). Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2020(5), S. 5–46. Online: <https://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/Forschungsberichte_des_WIG2_Heft_5_Versicherungsfremde_Leistungen_02.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Meinhardt, V. (2018). *Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung. Expertise für das IMK*. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). Düsseldorf. Online: <https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8083> (abgerufen am 19.04.2023).
- Müller, R., Wedekind, L., Elsner, A., Höpfner, T. & Berndt, B. (2023). *Expertise zu kurzfristig wirksamen Finanzierungsansätzen für die GKV. Eine Expertise der WIG2 GmbH*. In Auftrag gegeben von: BKV – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e. V. WIG2 GmbH (Hrsg.). Online: <https://www.bkv-verein.de/fileadmin/user_upload/dokumente/bkv_stellungnahmen/2023_BKV_Gutachten_Finanzierung_GKV.pdf> (abgerufen am 26.10.2023).
- Nagler, E. (2016). *Bismarck als Erfinder des Sozialstaates. Seine Ziele und deren Umsetzung bei der Sozialgesetzgebung*. Universität Mannheim. Historisches Institut. Online: <<https://www.grin.com/document/441000>> (abgerufen am 27.04.2023).
- 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. Kurzbericht für die DAK-Gesundheit*. IGES Institut GmbH (Hrsg.). Berlin. Online: <<https://www.dak.de/dak/download/iges-kurzbericht-2566224.pdf>> (abgerufen am 19.04.2023).
- 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).
- SBK – 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).
- Scheller, K. (2021). *12 Impulse für Parlament und Regierung zur 20. Wahlperiode*. Bundesrechnungshof (Hrsg.). Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung. 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).

- SPD – Sozialdemokratische Partei Deutschlands, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & FDP – Freie Demokratische Partei (Hrsg.). (2021). *Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP*. Online: <<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>> (abgerufen am 19.04.2023).
- TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (o. J.a). *Wann besteht ein Sonderkündigungsrecht?* Online: <<https://www.tk.de/vertriebspartner/faq/kuendigung/sonderkuendigungsrecht-2064148?tkcm=aaus>> (abgerufen am 20.04.2023).
- TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (o. J.b). *Was ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze und wie hoch ist sie?* Online: <<https://www.tk.de/firmenkunden/versicherung/beitrag-FAQ/zahlen-und-grenzwerte/hoehe-der-jahresarbeitsentgeltgrenze-2033028>> (abgerufen am 20.04.2023).
- vdek – Verband der Ersetzkassen (Hrsg.). (2022). *Arbeitgeber-Informationen zu Beitragsbemessungsgrenzen und Beitragssätzen 2023*. Online: <<https://www.vdek.com/vertragspartner/arbeitgeber/beitragssaetze.html>> (abgerufen am 20.04.2023).
- Wasem, J. (2022). *Finanzierung der GKV: Ausgangssituation und Handlungsbedarf*. Universität Duisburg-Essen, Gesundheitsökonomisches Zentrum CINCH & Leibniz Science Campus Ruhr (Hrsg.). Online: <https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Pressekonferenzen/2022_08_22_GKV-Finanzen_IKK-PK-Power_Point_Wasem.pdf> (abgerufen am 02.05.2023).

Rechtsquellen

- Bundeszusammenfassung 2022 – *Verordnung zur Festsetzung des ergänzenden Bundeszuschusses nach § 221a Abs. 3 S. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2022*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/F/25102021_Kabinetttvorlage_VO_Festsetzung_erg_Bundeszusammenfassung.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 vom 16.09.2022. *BGBl. I, 2022(32)*, S. 1454. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl122s1454.pdf> (abgerufen am 11.12.2023).
- GG – *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 19.12.2022*. Online: <<https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html>> (abgerufen am 11.12.2023).
- GKV-FinStG – Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) vom 07.11.2022. *BGBl. I, 2022(42)*, S. 1990. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl122s1990.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- GKV-FQWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz) vom 21.07.2014. *BGBl. I, 2014(33)*, S. 1133. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl114s1133.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).
- GKV-WSG – Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 26.03.2007. *BGBl. I, 2007(11)*, S. 378. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl107s0378.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- GMG – Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) vom 14.11.2003. *BGBl. I, 2003(55)*, S. 2190. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl103s2190.pdf> (abgerufen am 20.04.2023).

- GPVG – Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz) vom 22.12.2020. *BGBl. I, 2020(66)*, S. 3299. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl120s3299.pdf> (abgerufen am 11.12.2023).
- GRG – *Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen*. Online: <<https://dip.bundestag.de/vorgang/.../176960>> (abgerufen am 04.12.2023).
- GVWG – Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz) vom 11.07.2021. *BGBl. I, 2021(44)*, S. 2754. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl121s2754.pdf> (abgerufen am 11.12.2023).
- Haushaltsbegleitgesetz 2014 vom 11.08.2014. *BGBl. I, 2014(39)*, S. 1346. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl114s1346.pdf> (abgerufen am 11.12.2023).
- Haushaltsgesetz 2023 – *Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2023* vom 19.12.2022. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/hg_2023/BJNR248500022.html> (abgerufen am 11.12.2023).
- HBeglG 2011 – Haushaltsbegleitgesetz 2011 vom 09.12.2010. *BGBl. I, 2010(63)*, S. 1885. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl110s1885.pdf> (abgerufen am 11.12.2023).
- HBeglG 2013 – Haushaltsbegleitgesetz 2013 vom 20.12.2012. *BGBl. I, 2012(61)*, S. 2781. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl112s2781.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).
- SGB V – *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung* vom 16.08.2023. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html> (abgerufen am 11.12.2023).
- SGB XI aF – *Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung* in der vor dem 01.07.2023 geltenden Fassung (alte Fassung). Online: <<https://www.buzer.de/gesetz/4851/al177722-0.htm>> (abgerufen am 11.12.2023).
- SozVersStabG – Gesetz zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme und zur Einführung eines Sonderprogramms mit Maßnahmen für Milchviehhalter sowie zur Änderung anderer Gesetze (Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz) vom 14.04.2010. *BGBl. I, 2010(16)*, S. 410. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl110s0410.pdf> (abgerufen am 11.12.2023).
- SVBezGrV 2023 – *Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2023 (Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2023)* vom 28.11.2022. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/svbezgrv_2023/BJNR212800022.html> (abgerufen am 20.04.2023).
- TSVG – Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz) vom 06.05.2019. *BGBl. I, 2019(18)*, S. 646. Online: <http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl119s0646.pdf> (abgerufen am 19.04.2023).

1/2019

Heft 1

Häckl, D., Kossack, N., Schindler, C., Weinhold, I. & Wende, D. Weiterentwicklung der Morbiditätsparameter im Morbi-RSA – 7 Thesen und Vorschläge. Diskussionspapier.

Winkler, J., Schwarz, R., Gantner, T., Nack, D. & Schwarz, M. Blockchain: Die Demokratisierung des Gesundheitswesens? White Paper zur Funktionsweise und den Erfolgsfaktoren für eine Anwendung der Blockchain im Gesundheitswesen.

2/2019

Heft 2

Schwarz, M. Kritische Bewertung des Versorgungsprozesses von MRSA-Patienten. Bearbeitung der Forschungsfragestellung im Rahmen einer Master-Thesis am Ludwig Fresenius Center for Health Care Management and Regulation der HHL Leipzig Graduate School of Management.

3/2019

Heft 3

Schäffer, T. „Statistical illiteracy“ im Gesundheitswesen am Beispiel des Mammographie-Screenings. Seminararbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Studiengang Wirtschaftswissenschaften.

Lintener, H. Die Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege in Deutschland. Bachelorarbeit an der Hochschule Fulda im Fachbereich Pflege und Gesundheit, Studiengang Gesundheitsökonomie und -politik.

1/2020

Heft 4

Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F. & Schmiedel, L. Editorial. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2019.

Schäffer, T. Ursachen regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland: Eine empirische Analyse mit Abrechnungsdaten. Masterarbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Schrey, C. Selection and Incentive Effects of Gatekeeping on Healthcare Utilisation in Germany. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Volkswirtschaftslehre an der Universität Leipzig.

2/2020

Heft 5

Höpfner, T., Berndt, B., Schäffer, T. & Militzer-Horstmann, C. Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit.

3/2020

Heft 6

Dohmen, S. Risikofaktoren für Vorhofflimmern und deren Einfluss auf die Entstehung eines Vorhofflimmerns: Eine Analyse mittels Cox-Regression. Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science – Angewandte Mathematik.

Kirchgeorg, F. Technologien zur Indoor-Lokalisierung im Krankenhaus. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Wirtschaftsinformatik.

1/2021

Heft 7

Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Schmiedel, L. & Hamm, A. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2020.

Berndt, B. & Häckl, D. Coronapandemie und Morbi-RSA. Thesen zum Einfluss des Versorgungsgeschehens im 1. Halbjahr 2020 auf die Funktionalität des Ausgleichssystems.

Stutzer, F. Urheberrecht in der wissenschaftlichen Praxis.

2/2021

Heft 8

Büttner-Janner, R. E-Health in Deutschland: Entwicklungsperspektiven und internationaler Vergleich mit Fokus auf Interoperabilität im Gesundheitswesen. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Wirtschaftsinformatik.

3/2021

Heft 9

Berndt, B., Häckl, D., Mäder, M. & Höpfner, T. Anreiztheoretische Diskussion zum Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ als Weiterentwicklung der integrierten Versorgung.

1/2022

Heft 10

Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Schmiedel, L. & Seile, L. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2021.

Stutzer, F., Weinhold, I., Thiesen, J., Stark, S. & Wende, D. Versorgungssituation geriatrischer Patient:innen in Sachsen. Methodik und Ergebnisse der Angehörigenbefragung im Innovationsfondsprojekt RemugVplan.

2/2022

Heft 11

Thiesen, J. Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung geriatrischer Patient:innen in Sachsen: Distanzakzeptanz aus Patient:innensicht. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science Public Health.

3/2022

Heft 12

Seidl, P., Seile, L., Stutzer, F. & Militzer-Horstmann, C. Pflege und Pflegeforschung am WIG2 Institut.

Schmiedel, L. Die Finanzierung des Pflegesystems – Entwicklung, Prognosen und Reformoptionen.

Schuppan, S. C., Stutzer, F., Militzer-Horstmann, C. Professionelle Pflege in Deutschland.

1/2023

Heft 13

Militzer-Horstmann, C., Hamm, A., Seidl, P. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2022.

Schmiedel, L. Die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung: Analyse struktureller Unterschiede zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung sowie Bewertung der Reformoption der Pflegebürgerversicherung.

Impressum

Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts
für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung
(Forschungsberichte des WIG2 Instituts)
Online-ISSN 2628-4103

Herausgeber

WIG2 GmbH
Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung
© 2023 bei den Verfassern. Alle Rechte vorbehalten.

Vertreten durch

Dr. Ines Weinhold, Geschäftsführerin
Dr. Thomas Höpfner, Geschäftsführer

Kontakt

Anschrift: Markt 8, 04109 Leipzig
Website: www.wig2.de
Telefon: +49 341 392940-0
E-Mail: forschungsberichte@wig2.de

Redaktion

Dr. Carsta Militzer-Horstmann
Franziska Stutzer
Amelie Heinz

Druckerei

FLYERALARM GmbH
Alfred-Nobel-Str. 18
97080 Würzburg

Ausgabe

02/2023, Heft 14

Ron Müller, Lotte Wedekind, Alexander Elsner, Thomas Höpfner, Benjamin Berndt. **Kurzfristig wirksame Finanzierungsansätze für die GKV. Vorstellung von drei Ansätzen zur Minderung des Finanzbedarfs.**