

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2022

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Markus Fritz

Anforderungen an eine nachhaltige GKV-Finanzierung,
Seite 92–112

doi: 10.30433/GWA2022-92

Markus Fritz

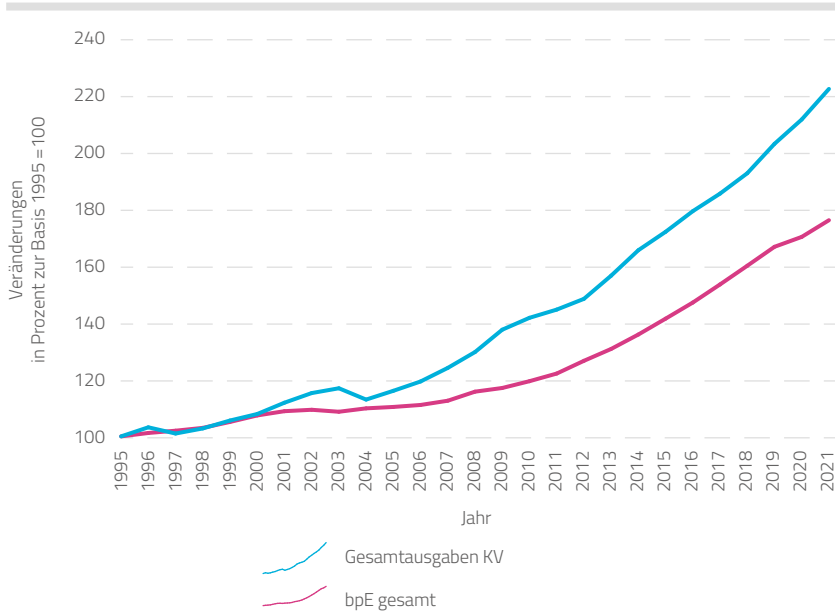
Anforderungen an eine nachhaltige GKV-Finanzierung

Im Jahr 2018 verfügten die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds über Reserven von über 30 Milliarden Euro bei einem überauskömmlichen Zusatzbeitragssatz von durchschnittlich 1,07 Prozent. Danach folgten Jahre der Corona-Pandemie, eine Legislaturperiode mit einer kostentreibenden Gesetzesflut sowie Zeiten eines sich stark verändernden Arzneimittelmarktes. Inzwischen muss eine für das Jahr 2023 prognostizierte Finanzierungslücke von 17 Milliarden Euro geschlossen werden, die durch Inflation und Energieversorgungsprobleme noch größer ausfallen kann. Zur Gegenfinanzierung wurde der Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (BMG 2022) vorgelegt. Mit dem Maßnahmenbündel kann verhindert werden, dass der vom BMG zu veröffentlichende durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für 2023 um über einen Prozentpunkt auf 2,3 Prozent ansteigt. Es sind jedoch kaum Elemente einer nachhaltigen Lösung enthalten. Die Stabilisierung der GKV-Finanzierung wird in die Folgejahre verschoben.

Der Versorgungsauftrag unter strukturellen Belastungen und Reformwünschen

Über Jahrzehnte hinweg ist zu beobachten, dass die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) nicht dauerhaft mit der Preis-, Struktur- und Mengenentwicklung bei den Leistungen schritthalten kann. Nach kurzen Phasen der Stabilität, in denen ein finanzieller Puffer aufgebaut werden konnte, folgten regelmäßig Jahre mit stärkerer Dynamik in der Ausgabenentwicklung. In früheren Jahren wurde darauf neben verschiedenen anderen Maßnahmen mit einer Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes reagiert. Nach Einführung der Zusatzbeitragssätze (ZBS) ergab sich deren Steigerung als Konsequenz unzureichender Maßnahmen zur Gegensteuerung.

Abbildung 1: Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen gegenüber den Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (Index 1995 = 100)



Quelle: BMG Amtliche Statistik KJ 1 nach § 79 SGB IV, 1995 bis 2021

Das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) sieht zurecht als erste Priorität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Gesundheitsversorgung für alle Versicherten, die sich am medizinisch-technischen Fortschritt orientiert und evidenzbasiert ihre Leistungen definiert. Die Prinzipien der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Beitragsstabilität sollen flankierend die Sicherstellung dieses Angebots gewährleisten.

Auffallend ist die Bereitschaft, gerade die Beitragssatzstabilität wiederholt in den Hintergrund zu stellen, um sich in der politischen Handlungsfähigkeit nicht einschränken zu lassen. Die daraus resultierende Beitragssatzentwicklung wird als Beleg für die Existenz einer strukturellen Finanzierungslücke interpretiert, die unter den geltenden Rahmenbedingungen der GKV nur unter unzumutbaren Belastungen einzelner Stakeholder zu schließen sei. Sogar das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) resümiert:

„Ohne zusätzliche Maßnahmen würde der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in der GKV [...] steigen und anschließend aufgrund der Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben jedes Jahr um weitere 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte zunehmen“ (BMG 2022: 1). Als Folge davon werden weitreichende Finanzierungsreformen gefordert, die im Sinne der Interessengruppen ganz unterschiedliche Schwerpunkte setzen.

Tabelle 1: Klassische Maßnahmen zur Sicherung der Finanzierung der GKV

einnahmenseitig	ausgabenseitig
Anpassung der Bundesbeteiligung	politische Vorgaben für Honorar-/Preisverhandlungen
Anpassung der Zuzahlungsregelungen	Anpassung der Mehrwertsteuer
Auflösung vorhandener Reserven	Leistungsausgrenzung bzw. Leistungsbegrenzung
Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes	Bergung von Potenzialen aus Fehlsteuerung
Anpassung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes	sektorale Neuausrichtung bzw. übergreifende Lösungen
Regelungen zur bzw. Erweiterung der Beitragsgrundlage	Kapazitätsoptimierung
Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze bzw. Versicherungspflichtgrenze	Neuordnung der Kompetenzen
Anpassung der Dualität zwischen GKV und PKV	Stärkung der Prävention
wirtschaftspolitische Maßnahmen (Konjunkturprogramme, Subventionen, ...)	Verfolgung von Betrugsfällen
sozialpolitische Maßnahmen (Familie, Zuwanderung, ...)	veränderter Gebrauch von Gesundheitsgütern

Quelle: eigene Zusammenstellung

Eines haben die meisten Ansätze gemeinsam: Sie können die potenzielle Finanzierungslücke nicht dauerhaft schließen, sondern erreichen bestenfalls einen zeitlichen Aufschub einer offenbar unausweichlichen Entwicklung. Dieser Konsequenz liegt allerdings eine Sichtweise zugrunde, die eine Unterdeckung durch die etablierten Finanzierungsstrukturen der GKV geradezu schicksalhaft unterstellt. In der Regel – und so auch für die aktuelle Entwicklung – werden sich jedoch immer Aspekte finden lassen, die isolierte Teilerklärungen für die Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen der GKV sind.

Für die zukünftige Schließung von Lücken durch Reformen geht es nicht darum, mehr Geld ins System zu spülen. Die isolierte Veränderung des Finanzierungsmodells führt immer zu einer Umverteilung der vorhandenen und per se knappen finanziellen Mittel

und zu der Frage danach, wofür diese Mittel eingesetzt werden sollen. Ausschlaggebend ist daher die Bereitschaft der Bevölkerung, für die angebotene Leistung den geforderten Preis über Beiträge oder Steuern zu bezahlen. Zur Deklaration dieser Bereitschaft berechtigt der Regierungsauftrag mit der Bindung an die Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Daher sollten Entscheidungen über die Verteilung von Lasten auf Steuer- und Beitragszahler entsprechend der originären Finanzierungsverantwortung von Staat und Sozialversicherung getroffen werden.

Seit dem Jahr 2020 ist erschwerend die Neigung festzustellen, einen Schuldigen für die sich seit ihrem Eintreten jährlich wiederholende finanzielle Schieflage zu finden: Die Corona-Pandemie. Sie wird als die Ursache außergewöhnlicher Veränderungen hinsichtlich der Leistungserbringung und des Beitragsaufkommens angesehen, für deren Quantifizierung allerdings bis heute keine belastbaren Daten vorliegen. Auch dieser Erklärungsansatz dient ein Stück weit dazu, Gründe für die Finanzsituation der GKV außerhalb der eigenen Verantwortlichkeit anzusiedeln.

Schnelldurchlauf durch die Gesetzgebung

Im Jahr 2018 erreichte die GKV den historischen Höchststand ihrer Finanzreserven, getragen von einer anhaltend positiven Konjunktur mit hohem Beschäftigungsgrad und starken Lohnzuwächsen. Bereits seit Jahren stiegen die beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) stetig um über vier Prozent an. Das gleichzeitig hohe Ausgabenwachstum konnte bei leichten Schwankungen des erhobenen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes kompensiert werden.

Tabelle 2: Entwicklung ZBS, bpE und Ausgaben im Risikostrukturausgleich (RSA) in Prozent

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
erhobener durchschnittlicher ZBS	0,83	1,08	1,11	1,08	1,00	1,00	1,28	1,36
veröffentlichter, ausgabendeckender ZBS	0,9	1,1	1,1	1,0	0,9	1,1	1,3	1,3
Entwicklung der bpE	4,1	4,0	4,4	4,3	4,2	2,1	3,4	
Entwicklung der Ausgaben im RSA	4,3	4,3	3,5	3,9	5,5	4,1	5,6	

Quelle: BMG amtliche Statistiken nach § 79 SGB IV KM 1. Januar 2015 bis Juni 2022 und KJ 1 2015 bis 2021, BMG Veröffentlichungen nach § 242a SGB V 2015 bis 2022

Strukturelle Veränderungen in der Arzneimittelversorgung und kostenintensive Gesetzesregelungen führten bei einer stabilen Beitragsbasis im Jahr 2019 zu einem hohen Leistungsausgabenanstieg. Unter anderem traten das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (Bundesgesetzblatt PpSG 2018) und das Terminservice- und Versorgungsgesetz (Bundesgesetzblatt TSVG 2019) mit jährlicher finanzieller Auswirkung im mittleren einstelligen Milliardenbereich in Kraft. Das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (Bundesgesetzblatt GKV-VEG 2018) reduzierte durch Entlastungen für Selbstständige die Beitragseinnahmen. Krankenkassen wurden erstmalig zum Vermögensabbau verpflichtet: Die Summe ihrer Betriebsmittel und Rücklagen ist seitdem innerhalb von drei Jahren auf maximal eine Monatsausgabe zu reduzieren. Im vierten Jahr noch überschüssige Beträge müssen an den Gesundheitsfonds abgeführt werden. Infolgedessen sanken die GKV-Reserven erstmals seit dem Jahr 2015 wieder.

Ab dem Jahr 2020 ergeben sich für den Gesundheitsfonds jährliche Belastungen aus den modifizierten Verlängerungen von Krankenhausstrukturfonds und Innovationsfonds durch das Digitale Versorgung-Gesetz (Bundesgesetzblatt DVG 2019). Das GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (Bundesgesetzblatt GKV-BRG 2019) reduziert die KV-Beiträge aus Versorgungsbezügen der betrieblichen Altersvorsorge um 1,2 Milliarden Euro jährlich. Im Jahr 2020 wurde diese Belastung vollständig von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen, in den Folgejahren werden die Mindereinnahmen bei der Bemessung der Zuweisungen nur noch in Höhe von 0,9 Milliarden Euro, 0,6 Milliarden Euro und schließlich 0,3 Milliarden Euro ausgeglichen. Um die gesetzliche Mindestreserve trotz der Entnahmen aus der Liquiditätsreserve erfüllen zu können, wurde diese von 25 Prozent auf 20 Prozent einer Monatsausgabe – und damit um knapp über eine Milliarde Euro – abgesenkt. Derweil vollzogen die Krankenkassen den geforderten Vermögensabbau auf breiter Front. Der vom BMG veröffentlichten Anhebung des ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte wurde nicht gefolgt.

Unter diesen Vorzeichen ging die GKV in das Corona-Jahr 2020. Der weitgehende „Shutdown“ wurde von gesetzlichen Maßnahmen zum Infektionsschutz und zur Absicherung der Strukturen für die gesundheitliche Versorgung begleitet. Nach zunächst pragmatischen Lösungen stellte sich zunehmend die Frage nach einer sachgerechten

Gegenfinanzierung. Letztlich zahlte der Bund zusätzlich 3,5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds (Bundesgesetzblatt 2. Nachtragshaushaltsgesetz 2020) mit dem Ziel, die Liquidität des unterjährig durch pandemiebedingt ausgeweitete Zahlungsverpflichtungen und durch Mindereinnahmen stark belasteten Fonds zu sichern. Gesundheitsfonds und Krankenkassen schlossen dennoch mit hohen Defiziten ab, die GKV-Reserven gingen weiter zurück.

Durch die Reform des RSA mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (Bundesgesetzblatt GKV-FKG 2020) wurde sowohl die aktuelle als auch die zukünftige kassenindividuelle Finanzausstattung grundlegend verändert. Auch das Haftungssystem der GKV wurde in diesem Kontext reformiert.

Um die konjunkturelle Entwicklung in Deutschland bei anhaltender pandemischer Lage nicht zusätzlich durch ansteigende Sozialbeiträge zu belasten, wurde für das Jahr 2021 eine Sozialgarantie ausgesprochen. Somit war der Anstieg des rechnerischen Zusatzbeitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte auf maximal 1,3 Prozent und Mehrbeiträge von drei Milliarden Euro begrenzt. Da von BMG und GKV eine Finanzierungslücke der Krankenkassen von 16,7 Milliarden Euro prognostiziert wurde, mussten über das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Bundesgesetzblatt GPVG 2020) weitere Regelungen getroffen werden. Neben einmalig ergänzenden Bundesmitteln von fünf Milliarden Euro mussten Krankenkassen, die nach Angaben in der KV 45 des ersten Halbjahres 2020 über Finanzreserven von über 40 Prozent einer Monatsausgabe verfügten, 66,1 Prozent davon an den Gesundheitsfonds abführen – insgesamt acht Milliarden Euro. Die Obergrenze für Reserven wurde auf 80 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe herabgesetzt. Die GKV-Reserven reduzierten sich durch diese Maßnahmen erneut stark.

Tabelle 3: Entwicklung der Finanzreserven in der GKV in Milliarden Euro

	2018	2019	2020	2021
Liquiditätsreserve Gesundheitsfonds	9,7	10,2	5,9	7,9
Reserven Krankenkassen nach § 260 SGB V	21,3	19,5	16,8	10,0
GKV insgesamt	31,0	29,7	22,7	17,9

Quelle: BMG amtliche Statistik KJ 1 nach § 79 SGB IV 2018 bis 2021

Um den Zusatzbeitragssatz auf 1,3 Prozent zu stabilisieren, wurde der einmalige, ergänzende Bundeszuschuss für 2022 auf 14 Milliarden Euro erhöht (Bundesgesetzblatt Bundeszuschussverordnung [BuZuV] 2022). Die geschätzte nicht gebundene Reserve des Gesundheitsfonds von 1,46 Milliarden Euro wird zusätzlich über Zuweisungen an die Krankenkassen ausgeschüttet (Bundesgesetzblatt Gesundheitsversorgungswesenentwicklungsgesetz [GVWG] 2021).

Trotz der Corona-Einschränkungen und dem Beginn des Ukraine-Russland-Krieges zeigte sich der Arbeitsmarkt in der ersten Jahreshälfte 2022 mit Blick auf Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit zunächst sehr robust. Hinzu geben die vorläufigen Rechnungsergebnisse des Jahres 2022 Anlass zur Hoffnung auf eine moderate Ausgabenentwicklung (BMG amtliche Statistik KV 45 nach § 79 SGB IV 1. Quartal 2022). Somit könnte die Finanzierungslücke gegenüber der GKV-Prognose vom Februar 2022 weniger als 17 Milliarden Euro betragen. Erhöhte Arbeitsmarktrisiken und Inflationswirkungen waren jedoch noch nicht Gegenstand dieser Einschätzung, haben im weiteren Verlauf aber das Potenzial, den für das Jahr 2022 festgestellten günstigeren Entwicklungen bei Einnahmen und Ausgaben der GKV entgegenzuwirken. So erregten Rechenansätze unter anderem der BITMARCK (BITMARCK 2022), vom Institut für Gesundheitsökonomik (Prof. G. Neubauer im Jahr 2022, zitiert nach BILD, Ausgabe vom 14. Juni 2022) und vom IGES-Institut im Auftrag der DAK (IGES 2022) mediale Aufmerksamkeit. Sie liefern Ansätze zur Quantifizierung partieller Auswirkungen der aktuellen Risiken auf die GKV im Jahr 2023. Daraus gehen Einschätzungen für die Finanzierungslücke von bis zu 25 Milliarden Euro hervor.

Die Ampelkoalition hat in ihrem Koalitionsvertrag zur Stabilisierung Maßnahmen für eine Reform der GKV-Finanzierung vereinbart. Neben ausgabendämpfenden Maßnahmen wurden einnahmenseitig zwei konkrete Vorhaben festgelegt (SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP 2021: 68):

- die Dynamisierung der jährlichen Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen und
- die Anhebung der vom Bund finanzierten Beitragspauschalen für gesetzlich versicherte Arbeitslosengeld-II-Beziehende.

Der nunmehr vorliegende Kabinettsentwurf des GKV-FinStG greift für das Jahr 2023 beide Maßnahmen nicht auf, folgt aber dem zuletzt angekündigten Maßnahmenbündel mit vier Stellschrauben:

- Hebung von Effizienzreserven im Gesundheitssystem,
- Einsatz noch vorhandener Finanzreserven der Krankenkassen,
- Gewährung zusätzlicher Bundesmittel und
- Anhebung der Beiträge.

In der konkreten Umsetzung wird es jedoch versäumt, dem eigentlichen Ansinnen der nachhaltigen Stabilisierung gerecht zu werden. Lediglich die Zusatzbeitragssatzanhebung um 0,3 Punkte, die Streichung der TSVG-Neupatientenregelung sowie die Absenkung der Obergrenze der Liquiditätsreserve beim Gesundheitsfonds wirken dauerhaft ab dem Jahr 2023 und darüber hinaus.

Somit wird sich im Jahr 2024, trotz der Überschreitung der bislang als sakrosankt betrachteten Obergrenze von 40 Prozent für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag, unausweichlich die Finanzierungsdiskussion wiederholen. Neben einer sich möglicherweise noch weiter öffnenden Lücke zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung entfällt die Gegenfinanzierung aus dem GKV-FinStG für mindestens sieben Milliarden Euro. Die konkrete Höhe der Finanzwirkung ist derzeit nicht exakt bezifferbar, wird im Jahr 2023 jedoch nicht die notwendigen 17 Milliarden Euro erreichen. Es entfallen sukzessive Maßnahmen; andere Maßnahmen kommen verspätet hinzu. Viele Maßnahmen wirken zudem erst mittelfristig ohne Klarheit über die zeitliche Entwicklung. Absehbar ist darüber hinaus, dass das in Aussicht gestellte Bundesdarlehen an den Gesundheitsfonds von einer Milliarde Euro (Bundesgesetzblatt 2022 Haushaltsgesetz) bis Ende des Jahres 2026 zurückgezahlt werden soll.

Abbau finanzieller Stabilität

Fasst man die Wirkungen der jüngeren Gesetzgebung für den Gesundheitsfonds und die Krankenkassen zusammen, so erkennt man einen Kurs, der einerseits als starke Beteiligung an der zu deckenden Finanzierungslücke durch die GKV zu verstehen ist, andererseits dem von Jens Spahn häufig zitierten Prinzip „Krankenkassen sind keine Sparkassen“ folgt.

Der Gesundheitsfonds

Durch die nur begrenzt wirkenden gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve beim Gesundheitsfonds gepaart mit zu vorsichtigen Prognosen des GKV-Schätzerkreises hinsichtlich der Beitragseinnahmenentwicklung baute sich seit dem Jahr 2010 – also bereits ein Jahr nach dessen Einführung – ein Finanzpuffer oberhalb der Mindestrücklage auf, der Begehrlichkeiten auch außerhalb der GKV weckte. Diese „freie Reserve“ erreichte im Jahr 2013 ihren Höchststand mit 10,4 Milliarden Euro und wurde seitdem durch verschiedene Maßnahmen abgebaut. Im Jahr 2018 verblieben zumindest noch 4,3 Milliarden Euro ungebundener Mittel (BMG amtliche Statistik KJ 1 nach §79 SGB IV), nachdem unter anderem ab dem Jahr 2016 Zahlungen in den Innovationsfonds und den Krankenhaus-Strukturfonds verpflichtend wurden.

Mit dem GKV-FinStG wird beabsichtigt, die Obergrenze der Liquiditätsreserve von 50 auf 25 Prozent einer Monatsausgabe abzusenken, nachdem im Jahr 2020 die Mindestreserve auf 20 Prozent reduziert wurde. Durch die modifizierten Verlängerungen von Krankenhaus-Strukturfonds und Innovationsfonds hat die Liquiditätsreserve jedoch Zahlungsverpflichtungen zu erfüllen. Die Mindestreserve ist mit wachsenden Zuweisungen wiederholt aufzufüllen. Durch den schmalen Korridor zwischen Mindestreserve und Obergrenze können zukünftig freie Reserven zur Deckung der Ausgaben der Krankenkassen genutzt werden. Die Mindestreserve kann allerdings schneller unterschritten werden und somit vermehrt Zuweisungskürzungen zur Wiederauffüllung erforderlich machen.

Die Krankenkassen

Mit Einführung der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen im Jahr 2009 folgte eine Zeit des vermehrten Aufbaus von Rücklagen und Betriebsmitteln zur mittelfristigen Stabilisierung der Finanzausstattung. Den Krankenkassen wurde zunächst mit Zusatzbeiträgen beziehungsweise Prämien ein finanzielles Wettbewerbsinstrument an die Hand gegeben, das aufgrund von fehlenden Anreizen für die Prämiengewährung zu einem weiteren Aufbau von Finanzreserven führte. Im Jahr 2015 wurden daraufhin Zusatzbeitragssätze an Stelle der Zusatzbeiträge eingeführt. Krankenkassen waren nunmehr gut beraten, sich – soweit möglich – mit dem individuellen Zusatzbeitragssatz langfristig eher knapp unterhalb des Durchschnitts der GKV zu positionieren. Ein weiterer Abbau

von Vermögen hätte sowohl zu einem eher ungesunden Versichertenwachstum als auch zu einem kurzfristigen Abbau des Wettbewerbsvorteils geführt, gegebenenfalls auf Belastungen ohne Zusatzbeitragserhöhung reagieren zu können. Aus Sicht des BMG wurden mit dieser Strategie Beitragsmittel zurückgehalten, die für die Deckung aktueller Zahlungsverpflichtungen hätten eingesetzt werden sollen. Es folgten ab dem Jahr 2019 diverse gesetzliche Regelungen zum Abbau der Krankenkassenreserven. Die Obergrenze für Finanzreserven wurde sukzessive abgesenkt. Der Entwurf des GKV-FinStG sieht eine weitere Absenkung der Obergrenze von zuletzt 80 auf 50 Prozent einer Monatsausgabe vor. Überschreitende Beträge sollen nunmehr innerhalb von zwei Jahren abgebaut werden. Es handelt sich wiederholt um eine Steigerung des Eingriffs in die Finanzautonomie der Krankenkassen, der durch die beabsichtigte erneute Zwangsabführung von Vermögen in den Gesundheitsfonds von vier Milliarden Euro auf die Spitze getrieben würde. Gegenüber dem Referentenentwurf wurde vom Kabinett durch die Aussetzung des Anhebungsverbots des Zusatzbeitragssatzes im Jahr 2023 zumindest ein riskanter Gesetzesmix entschärft, der das Potenzial besaß, sogar zuvor besonders vermögende Krankenkassen unter die Mindestrücklage zu zwingen.

Auf der Einzelkrankenkassenebene schlägt sich die Reform des Risikostrukturausgleichs durch das GKV-FKG unterschiedlich nieder. Sie beinhaltet die Einführung eines Krankheits-Vollmodells, einer Regionalkomponente, einer Manipulationsbremse und eines Risikopools im RSA-Jahresabschluss sowie die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel und die Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung. Bei der Berechnung des Schlussausgleichs für den RSA ist die Nichtvorhersehbarkeit der Wirkung der Manipulationsbremse auf die kassenindividuellen Fondszuweisungen sogar dezidiert gewollt. Die mit der Manipulationsbremse verbundene Planungsunsicherheit stellt diese nicht infrage, sollte aber eher zu einer Erhöhung der Mindestrücklage und damit einhergehend zu einer Erhöhung der Obergrenze der Finanzreserven führen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die GKV zur Schließung jeweiliger Finanzierungslücken so weitgehend herangezogen wurde, dass diese Option zukünftig nicht mehr zur Verfügung steht. Der Preis für den Zeitgewinn für echte Strukturreformen ist eine Destabilisierung der GKV und ein sukzessives Auflösen der Finanzautonomie der

Krankenkassen. „Die Botschaft, dass es sich nicht lohnt, für schlechte Zeiten vorzusorgen, da der Staat dann das zurückgelegte Geld umverteilt, ist keine, die vorsorgendes Handeln fördert“ (GKV-Spitzenverband 2022).

Entstehung der Finanzierungslücke

„Alterung ist ein Faktor, hinzu kommen medizinischer Fortschritt, höherer Personalbedarf, steigende Preise und eine Reihe kostspieliger Gesetze“ (Reimann 2022). „2023 merkt jeder, dass wir in den vergangenen Jahren zu viel Geld ausgegeben und kein nachhaltiges Gesundheitssystem aufgebaut haben [...]. Unser Kostenproblem hat nichts mit Corona zu tun“ (Baas 2022). Die wesentlichen Aspekte der Finanzbelastung werden folgend – soweit möglich – quantifiziert. Belastbare Quellen bleiben jedoch die Ausnahme, insofern kann nur ein Eindruck vermittelt werden, der die zitierten Experten-Statements ergänzt.

Demografische Entwicklung

Inwieweit die demografische Entwicklung auf die Ausgaben der GKV relevanten Einfluss entwickelt, bleibt ein offener Disput zwischen Vertretern der Medikalierungs- und der Kompressions-These: Erhöhen oder verschieben sich Leistungsausgaben durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft? Unstrittig ist die Wirkung auf die Beitragseinnahmen. Der mit dem Übergang der geburtenstarken Jahrgänge wachsende Rentneranteil wird zwangsläufig dazu führen, dass es zukünftig anteilig mehr Mitglieder in der GKV gibt, deren Beiträge sich auf eine geringere Bemessungsgrundlage beziehen. Das ist keine vorübergehende Sondersituation, sondern erfordert Lösungsansätze der Bundesregierung unter Wahrung der Grundsätze der Nachhaltigkeit, denen sich der Bund verschrieben hat. So sieht es auch der Bundesrechnungshof: „Die Bundesregierung übernahm das Leitprinzip der nachhaltigen Entwicklung für ihre deutschen Nachhaltigkeitsstrategien und erklärte es zum Ziel und Maßstab ihres Regierungshandelns. In ihren Nachhaltigkeitsstrategien gab sie verbindlich vor, bei allen Gesetzesentwürfen darzustellen, ob deren Wirkungen einer nachhaltigen Entwicklung entsprechen. [...] Die Nachhaltigkeitsstrategien der Bundesregierung enthalten unter anderem folgende Vorgaben, die einen Bezug zur GKV aufweisen: Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, Generationengerechtigkeit, [...]“ (BHO 2022: 7).

Als Konsequenz daraus hat die Gesetzgebung seit Jahren die Alterung der Gesellschaft auch in Bezug auf die Generationengerechtigkeit bei der finanziellen Wirkung der Gesetzgebung zu berücksichtigen. Dies ist jedoch wissentlich in die Zukunft verschoben worden.

Corona-Pandemie

Zunehmend etabliert sich unter Fachleuten die Sichtweise: „Das Gesundheitssystem ist in den Miesen und baut strukturell immer weiter Defizite auf ... Corona ist daran nicht schuld“ (Wasem 2022).

So wünschenswert diesbezüglich mehr Klarheit ist, so wenig belastbar ist die Bewertung bei gleichzeitig schwacher Datenbasis. Die GKV schätzte im Herbst des Jahres 2020 die Ausgabenminderung bei den Krankenkassen für 2020 auf 2,4 Milliarden Euro (GKV-Spitzenverband, interne Prognose Oktober 2020). Der Gesundheitsfonds musste Corona-Ausgleichszahlungen in Höhe von 2,3 Milliarden Euro leisten (BMG Amtliche Statistik KJ 1 2020 nach § 79 SGB IV). Darüber hinaus realisierte er geringere Beiträge insbesondere durch verstärkte Kurzarbeit. Der Schätzerkreis ging für das Jahr 2020 von Beitragseinnahmen in Höhe von 225,7 Milliarden Euro aus. Zu diesem Zeitpunkt war die Wirkung des GKV-VEG noch nicht bekannt und somit die Minderung um 1,2 Milliarden Euro nicht berücksichtigt. Daher kann man von 224,5 Milliarden Euro erwarteten Beiträgen ohne Pandemiewirkung ausgehen. Die Differenz zu den Rechnungsergebnissen 2020 mit 221,5 Milliarden Euro beträgt 3 Milliarden Euro. Mit den 2,3 Milliarden Euro für Corona-Ausgleichszahlungen ergab sich eine Belastung von insgesamt 5,3 Milliarden Euro, von denen der Bund 3,5 Milliarden Euro ausglich. Der Gesundheitsfonds verzeichnete also durch die Pandemie eine geschätzte Zusatzbelastung von 1,8 Milliarden Euro. Verrechnet man diese mit den Entlastungen der Krankenkassen, ergab sich eine geschätzte Entlastung für die GKV von 0,6 Milliarden Euro im Jahr 2020.

Im Jahr 2021 kam es nicht in gleichem Maße zu Leistungseinschränkungen, sondern nur noch im Krankenhausbereich zu nennenswerten Einsparungen durch geringere Behandlungsmengen bei gleichzeitigem Anstieg der durchschnittlichen Fallwerte. Der GKV-Schätzerkreis berücksichtigte bei seiner Prognose jedoch auch unmittelbar mit der Pandemie zusammenhängende Ausgabenanstiege in mittlerer einstelliger

Milliardenhöhe. Die resultierende Finanzwirkung kann nicht valide beziffert werden, führte tendenziell jedoch erneut eher zu einer Entlastung der GKV.

Dem Gesundheitsfonds wurden seine pandemiebedingten Aufwendungen nahezu vollständig vom Bund erstattet. Die Pandemie spielt allemal eine entscheidende Rolle beim Absinken der bpE-Entwicklung von über vier Prozent vor der Pandemie auf 3,4 Prozent im Jahr 2021 – die Mindereinnahmen betragen somit etwa eine Milliarde Euro. Für das laufende und die folgenden Jahre sind weder der Verlauf der Pandemie noch die zu ergreifenden Maßnahmen mit Wirkung auf die GKV vorhersehbar.

Zusammenfassend kann man durchaus zustimmen, dass die Pandemie nicht maßgeblich ursächlich für die Finanzierungslücke von 17 Milliarden Euro ist. Gleichwohl hatte sie einen vorübergehend belastenden Effekt auf die Beitragseinnahmen. Ausgabenseitig entstanden ebenso milliardenschwere Entlastungen wie Belastungen, für die im Jahr 2021 zusätzliche Bundesmittel gewährt wurden. Der Tagesspiegel fasst passend zusammen: „Die Corona-Zuschüsse dienen vor allem dazu, Ausgabensteigerungen abzufangen, die nicht auf Corona zurückzuführen sind. Das ist ein Problem, weil die Ausgaben nach der Pandemie bleiben. Die Zuschüsse aller Voraussicht nach aber eben nicht“ (Trappe 2022).

Besondere Belastung durch den medizinisch-technischen Fortschritt am Beispiel Arzneimittel

Die Politik muss sich vorwerfen lassen, dass sie über Jahre hinweg eine Ausgabendynamik bei den Arzneimitteln zugelassen hat, die sogar durch die starke Einnahmenmehrung nicht abgedeckt war. Eine solche Entwicklung lässt sich zwangsläufig nicht dauerhaft aus stabilen Zusatzbeitragssätzen decken. Im Fokus steht eine strukturelle Veränderung der Therapie hin zu teuren Produkten im Bereich der Onkologika. Die DAK (DAK 2021) erklärt: „Insgesamt waren 28 Prozent aller seit 2011 neu zugelassenen Arzneimittel Orphan Drugs, mit weiter steigender Tendenz. Davon entfiel fast die Hälfte (41 Prozent) auf den Bereich der Onkologie“.

Orphan Drugs bezeichnen Therapien für seltene Erkrankungen. Seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 müssen die Hersteller im Rahmen einer frühen Nutzenbewertung für neue Präparate einen Zusatznutzen im Vergleich zur bisherigen Standardtherapie nachweisen. Die Verhandlungen zwischen Pharmahersteller und GKV-Spitzenverband über den Erstattungsbetrag werden auf dieser Basis geführt. Orphan Drugs mit einer Umsatzschwelle von bis zu 50 Millionen Euro pro Jahr sind davon gesetzlich ausgenommen, um den Pharmaunternehmen einen Anreiz zu geben, Arzneimittel für einen kleinen Patientenkreis auf den Markt zu bringen. Dem Bericht nach ist für 46 Prozent aller Orphan Drugs bei einer regulären Nutzenbewertung kein Zusatznutzen festgestellt worden. Die DAK befürchtet: „Diese Entwicklung droht das Solidarsystem an seine finanziellen Grenzen zu führen“.

Mit dem Entwurf des GKV-FinStG hat das BMG nun darauf reagiert. Die Umsatzschwelle soll von 50 auf 20 Millionen Euro abgesenkt werden. Diverse weitere Maßnahmen im Arzneimittelsektor sind vorgesehen und könnten die Dynamik etwas bremsen. Doch die konkrete Ausgestaltung einiger der beabsichtigten Maßnahmen und die jahrelange Untätigkeit sind Belege einer schwierigen Auseinandersetzung mit der Pharmaindustrie.

Gesetzgebung

„Allein die Gesetze der vergangenen fünf Jahre kosten uns als gesetzliche Krankenversicherung elf Milliarden Euro jedes Jahr. Ohne die hätten wir akut auch kein Finanzproblem“ (Baas 2022). Vermutlich kann zur Wirkung der Spahnschen Gesetzgebung keine wirklich belastbare Zahl vorgelegt werden. Doch dem Quantifizierungsansatz von Baas folgt tendenziell auch der GKV-Spitzenverband. Die Finanzwirkung allein der Gesetze der Jahre 2018 und 2019 wurde auf sieben Milliarden Euro beziffert (GKV-SV interne Prognose, März 2019). Die Modifizierungen, die durch Folgegesetzgebung und die Pandemie entstanden sind, können demgegenüber nicht bewertet werden. Die größten Kostentreiber sind als Ausschnitt der geschätzten höheren Gesamtwirkung dargestellt:

Tabelle 4: Dauerhafte Belastung der GKV durch ausgewählte Gesetzesmaßnahmen 2018/2019 in Milliarden Euro

Gesetz	Leistungsbereich/Beiträge	Maßnahme	Belastung
BRG	Beiträge	Mindereinnahmen Selbstständige	0,4
VEG	Beiträge	Mindereinnahmen Versorgungsbezüge	1,2
TSVG	ambulante ärztliche Versorgung	Neupatienten, offene Sprechstunden und Terminvermittlungen	0,8
PpSG	Häusliche Krankenpflege	Umlage nach § 37 Abs. 2a SGB V	0,6
TSVG	Heilmittel	Bundespreise	1,1
TSVG	Hilfsmittel	Streichung Ausschreibungen	0,3
PpSG	Krankenhausbehandlung	diverse Vergütungselemente	1,1
TSVG	Zahnersatz	Erhöhung Festzuschuss auf 60 Prozent	0,6

Quelle: interne Prognose GKV-SV März 2019, eigene Zusammenstellung;
Abkürzungen: BRG = GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz, VEG = GKV-Versichertenentlastungsgesetz, PpSG = Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, TSVG = Terminservice- und Versorgungsgesetz

Betrachtet man die Leistungsaufwendungen zwischen den Jahren 2018 und 2021 und vergleicht das entstandene Volumen mit dem um die jeweiligen bpE-Entwicklungen fortgeschriebenen Werte, so erkennt man einen nicht gedeckten Anstieg um 14,6 Milliarden Euro bis zum Jahr 2021.

Tabelle 5: Ausgabenvolumen der größten Bereiche in Milliarden Euro laut KJ 1 für die Gesetzliche Krankenversicherung in der Abgrenzung der Pressemitteilung des BMG

	2018	2019	2020	2021	21 zu 18	2021 bei bpE	Belastung
ambulante ärztliche Versorgung	39,4	41,1	44,0	44,8	13,7 %	43,3	1,5
ambulante zahnärztliche Versorgung	11,1	11,5	11,7	12,4	11,7 %	12,2	0,2
Arzneimittel	38,7	41,0	43,3	46,6	20,4 %	42,6	4,0
Heilmittel	7,6	8,7	8,9	10,4	36,8 %	8,4	2,0
Hilfsmittel	8,4	9,0	9,3	9,8	16,7 %	9,2	0,6
Krankenhausbehandlung	77,2	80,3	81,6	85,9	11,3 %	84,9	1,0
Summe	182,4	191,6	198,8	209,9	15,1 %	200,6	9,3
Leistungsausgaben insgesamt	226,2	239,5	248,9	263,4	16,4 %	248,8	14,6

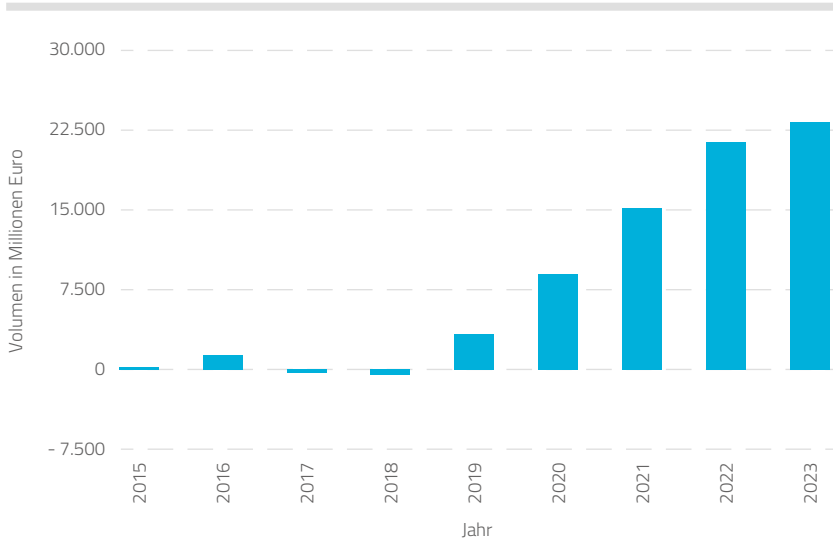
Quelle: BMG amtliche Statistik KJ 1 nach § 79 SGB IV 2018 bis 2021

Durch weitere prognostizierte Unterschreitungen der Einnahmendynamik gegenüber den Ausgaben in den beiden Folgejahren (GKV-SV interne Prognose, Februar 2022)

ergeben sich bis zum Jahr 2023 18,4 Milliarden Euro, sogar mehr als die prognostizierte Finanzierungslücke von 17 Milliarden Euro.

Das Anwachsen der GKV-Finanzdeckungslücke durch strukturelle Defizite der Beitragsbasis seit dem Einführungsjahr der Zusatzbeitragssätze im Jahr 2015 kann simuliert werden. Hierzu wird der im Jahr 2015 durchschnittlich erhobene Beitrags- und Zusatzbeitragssatz von 15,43 Prozent fixiert und mit den realisierten und prognostizierten bpE-Steigerungen dynamisiert. Die regelgebundene Bundesbeteiligung wird anschließend addiert. Diesem Wert werden die Ausgaben der Krankenkassen im RSA gegenübergestellt.

Abbildung 2: Finanzierungslücke bei festem Gesamtbeitragssatz plus regulärer Bundesbeteiligung/Ausgaben im RSA

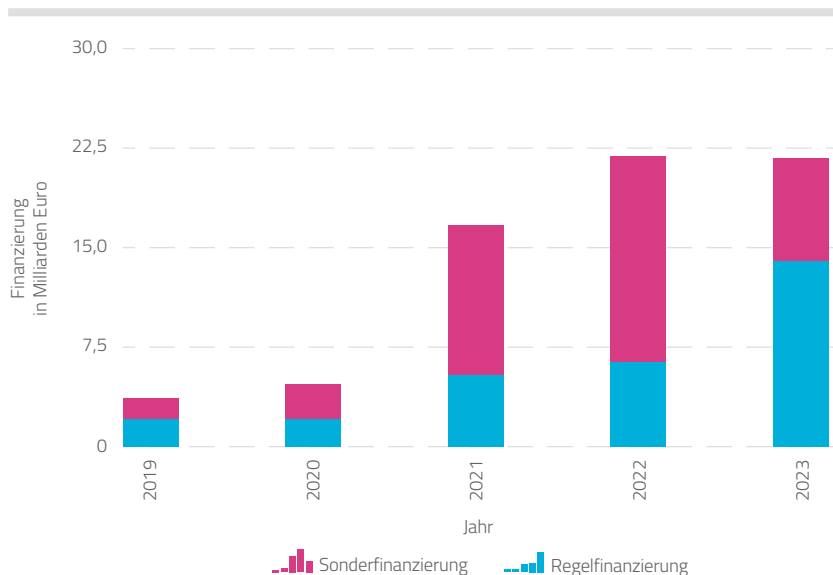


Quelle: 2018 bis 2021, BMG amtliche Statistik KJ 1 nach § 79 SGB IV, 2022 und 2023, GKV-Spitzenverband, interne Prognose Februar 2022

Es zeigt sich, dass durch die Legislaturperiode unter dem damaligen Bundesminister Gröhe trotz ausgabenintensiver Gesetzgebung keine bleibende Lücke entstanden ist. Sie ist erst unter dem Bundesminister Spahn durch eine leistungserbringerfreundliche Gesetzgebung hervorgerufen und durch kurzzeitig wirksame Sondermaßnahmen nicht

nachhaltig geschlossen worden. Der Anteil der Regelfinanzierungsinstrumente (ZBS, regelhafte Bundesbeteiligung, freiwilliges Abschmelzen von Reserven) geht entsprechend bis zum Jahr 2022 zurück, der Entwurf des GKV-FinStG lässt wieder einen höheren Anstieg der Zusatzbeitragssätze zu und reduziert den Umfang der Sondermittel durch den Bund im Jahr 2023.

Abbildung 3: Gesetzliche Maßnahmen zur Stärkung der GKV-Finzen



Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung Juli 2022

Fazit und Vorschläge für eine nachhaltige GKV-Finanzierung

Die derzeitige Ausgangslage ist so, dass Einigkeit darüber besteht, dass strukturelle Reformen nötig sind, diese jedoch auf starke politische Widerstände treffen und ohnehin erst auf lange Sicht greifen. Bis dahin muss auf unmittelbar wirkende Maßnahmen zurückgegriffen werden, ohne dafür auf eine relevante Unterstützung des Finanzministeriums hoffen zu dürfen. Sind die Bekenntnisse zur Nachhaltigkeit ernst gemeint, müssen dennoch schnellstmöglich Versorgungsreformen angestoßen werden. Auf die beschriebene Ausgangslage wird die Politik immer wieder treffen; es bedarf allein der

Entschlossenheit, diesen steinigen Weg zu gehen. Dafür wird folgendes Grundgerüst vorgeschlagen.

Kurzfristige Maßnahmen

Entscheidungen über die Verteilung von Lasten auf Steuer- und Beitragszahler sollten entsprechend der originären Finanzierungsverantwortung von Staat und Sozialversicherung getroffen werden. Die GKV fordert daher die vollständige Gegenfinanzierung des Krankenversicherungsschutzes für ALG-II-Empfangende sowie eine Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel auf das Niveau von Grundnahrungsmitteln. Durch die finanzielle Wirkung beider Maßnahmen würde die GKV-Finanzierung ab dem Jahr 2023 hinreichend nachhaltig flankiert.

Da derzeit die Entwicklung der Beitragsbasis hinter der Ausgabendynamik zurückbleibt, sollte zumindest durch die Dynamisierung der Bundesbeteiligung deren schleichende Entwertung beendet werden.

Mittelfristige Ausrichtung und Reformen

Am Beispiel der vergangenen Legislaturperiode wurde dargelegt, dass die Finanzierungsprobleme der GKV nicht als strukturimmanent abgetan werden dürfen, sondern die Verantwortung für jede relevante Maßnahme übernommen werden muss. Eine kritischere Auseinandersetzung mit der Finanzwirkung von politischen Maßnahmen unter Wahrung der Prinzipien von Beitragssatzstabilität und Nachhaltigkeit ist gefordert. Die Kosten für die modernste Gesundheitsversorgung müssen allein durch die Dynamisierung von Beitragsbasis und Bundesbeteiligung tragbar sein, indem für eine Bindung der Kostenentwicklung an die Einnahmen der GKV gesorgt wird. Eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik sollte aus Utopia zurück in die GKV-Finanzierungsrealität geholt werden und der Leistungskatalog der GKV mit den geltenden Qualitätskriterien zukünftig nicht mehr in Form von Leistungsbegrenzungen infrage gestellt werden. Dabei muss es denkbar bleiben, dass – ähnlich wie derzeit in der sozialen Pflegeversicherung – einer erkennbaren Akzeptanz in der Bevölkerung gefolgt wird, bestimmte Leistungen besser zu vergüten.

Eingriffe der Politik in die Preisbildung für Leistungen müssen mit Augenmaß im gesamtwirtschaftlichen Kontext erfolgen. Den Interessen einer zunehmend privatisierten Gesundheitswirtschaft unter den Druckmitteln der Standortsicherung und Innovation darf jedoch nicht weiterhin prioritär gefolgt werden.

Zu Fehlanreizen bei der Versorgung mit verschiedenen Gesundheitsleistungen haben sich Fachexperten schon seit Langem verschiedentlich ausführlich geäußert. Die Ausrichtung könnte dabei den Gedanken von Prof. J. Hecken folgen, dem unabhängigen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), der die Herausforderungen der Zukunft darin sieht, die „regionale Versorgungssicherheit flächendeckend zu gewährleisten, Versorgungsbedarfe sektorübergreifend sachgerecht zu ermitteln und abzubilden, Versorgungsqualität und Patientenorientierung weiter zu steigern und Finanzierbarkeit zu sichern“ (Hecken 2022).

Dafür gilt es beispielhaft abzuwägen, inwieweit

- die Gesundheitsversorgung zunehmend in private Hand gegeben werden kann, wenn dadurch Renditeinteressen die Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit von Behandlungen überschatten und durch Aktionärgewinne Geld aus der Versorgung abfließt,
- dem Pflegekräftemangel durch einen Bettenabbau in Krankenhäusern ohne die Erzeugung relevanter Versorgungsdefizite zumutbar begegnet werden kann,
- die Behandlungsqualität durch die Spezialisierung von Krankenhäusern kostenneutral gesteigert werden kann,
- der Anteil der Gesundheitsausgaben von 12,7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt des Jahres 2020 als auskömmliche Basis betrachtet werden kann, um den Fokus zunehmend auf die dafür erwartbare Qualität zu richten,
- auf dem Arzneimittelmarkt die Instrumente zur Preisbildung unter Nutzenbewertung weiter optimiert werden können.

Zukünftige Risiken

Man kann skeptisch zur Umsetzbarkeit der genannten Reformen stehen, da sie in der politischen Realität gegen die bekannten Mauern anrennen und eine Fokussierung auf die Belange der GKV unter Ausblenden vorrangig wirtschaftlicher Ziele mit höherer

Priorisierung darstellen. Dennoch muss das Interesse an einer nachhaltig finanzierten GKV vehementer vertreten werden, gerade mit Blick in die Zukunft. Das Thema „Klimawandel“ mit den damit verbundenen Herausforderungen an eine veränderte Gesundheitsversorgung sowie an die Einhaltung von Klimazielen wird die GKV-Finanzierung vor massive zusätzliche Herausforderungen stellen. Auch politisch befindet sich die Welt in einem solchen Wandel, dass etablierte Visionen von einem dauerhaften wirtschaftlichen Wachstum sich absehbar wohl nicht mehr realisieren lassen. Wie sollen GKV-Versicherte dann am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben?

Allemaal dürfen die politischen Hausaufgaben nicht mehr in die Zukunft verschoben werden. Einen Hoffnungsschimmer für eine bewusstere Aufarbeitung der nachhaltigen GKV-Finanzierung bietet der im Kabinettsentwurf zum GKV-FinStG eingefügte Absatz 4 des § 220 SGB V: „Das Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierbei soll insbesondere auch die Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet werden. Die Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit für eine gesetzliche Umsetzung werden auch mit Blick auf die Haushaltsplanungen der gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 2024 bis 31. Mai 2023 vorgelegt“ (BMG Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-FinStG] vom 27. Juli 2022).

Literatur

- Baas, Jens (2022). Milena Hassenkamp und Martin U. Müller, Spiegel Background-Interview, 21. Mai 2022, Hamburg.
- BHO (2022). Bundesrechnungshof Bericht nach § 88 Absatz 2, Bonn.
- BITMARCK (2022). Wettbewerbsanalyse, Mai 2022, Essen.
- DAK (2021). DAK-Arzneimittelreport 2021, Hamburg.
- GKV-Schätzerkreis (2019). Bundesamt für Soziale Sicherung, Prognose 2019, Bonn.
- GKV-Spitzenverband (2022). Pressemitteilung: „Einseitige Belastung der Beitragszahlenden stoppen“, 13. Juli 2022, Berlin.
- Hecken, Josef (2022). „Gute Gesundheitsversorgung und Pflege langfristig sichern“, Tagesspiegel Background, Berlin.

IGES (2022). Martin Albrecht und Richard Ochmann. „Abschätzung des mittelfristigen Finanzbedarfs in der GKV bis 2025“, Juli 2022, IGES Institut Berlin.

Neubauer, Günter (2022). Zitiert nach BILD, Ausgabe vom 14. Juni 2022

Reimann, Carola (2022). Tagesspiegel Background. Thomas Trappe, Interview mit Carola Reimann, 18. Januar 2022, Berlin.

SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021). „Mehr Fortschritt wagen“, Koalitionsvertrag 2021 bis 2025, 2021, Berlin.

Trappe, Thomas (2022). Tagesspiegel Background, 4. März 2022, Berlin.

Wasem, Jürgen (2022). Zitiert nach Ärztezeitung, 22. Juni 2022, Berlin.

Gesetze und Gesetzesentwürfe

Bundesgesetzblatt BuZuV (2022). Bundeszuschussverordnung.

Bundesgesetzblatt (2022). Haushaltsgesetz.

BMG (2022). Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinStG) vom 27. Juli 2022.

Bundesgesetzblatt GVWG (2021). Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz.

Bundesgesetzblatt (2020). 2. Nachtragshaushaltsgesetz 2020.

Bundesgesetzblatt GKV-FKG (2020). Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz.

Bundesgesetzblatt GPVG (2020). Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege.

Bundesgesetzblatt DVG (2019). Digitale Versorgung-Gesetz.

Bundesgesetzblatt GKV-BRG (2019). GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz.

Bundesgesetzblatt TSVG (2019). Terminservice- und Versorgungsgesetz.

Bundesgesetzblatt GKV-VEG (2018). GKV-Versichertenentlastungsgesetz.

Bundesgesetzblatt PpSG (2018). Pflegepersonal-Stärkungsgesetz.

Prognosen des GKV-Spitzenverbandes

GKV-Spitzenverband, interne Prognose Februar 2022.

GKV-Spitzenverband, interne Prognose Oktober 2020.

GKV-Spitzenverband, interne Prognose März 2019.