

EXPERTISE

Identifikation versicherungsfremder Leistungen und Quantifizierung der damit verbundenen Ausgabenanteile am GKV-Beitragsatz

Eine Expertise der WIG2 GmbH

Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

In Auftrag gegeben von:

IKK gesund plus

Eingereicht am:

22.08.2024

Autor:innen:

Benjamin Berndt

Imen Urukova

Rike Böttcher

Lotte Wedekind

Thomas Höpfner

WIG2 GmbH

Impressum

Leipzig, August 2024

Herausgeber:

WIG2 GmbH
Wissenschaftliches Institut für
Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung

Vertreten durch:

Dr. Ines Weinhold, Geschäftsführerin
Dr. Thomas Höpfner, Geschäftsführer
Markt 8, 04109 Leipzig

Kontakt:

Telefon: +49 152 23694051
E-Mail: benjamin.berndt@wig2.de

Autor:innen:

Benjamin Berndt
Imen Urukova
Rike Böttcher
Lotte Wedekind
Thomas Höpfner
WIG2 GmbH

In Auftrag gegeben von:

IKK gesund plus
Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg

© 2024 – WIG2 GmbH

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
Zusammenfassung	6
1 Einleitung.....	7
2 Herleitung der Arbeitsdefinition versicherungsfremder Leistungen	8
3 Quantifizierung versicherungsfremder Leistungen nach einzelnen Aufgabenbereichen	11
3.1 Bezuschussung von Bürgergeld-Empfänger:innen.....	11
3.2 Beitragsfreiheit	12
3.3 Familienpolitische Leistungen	17
3.4 Prävention.....	19
3.5 Krankenhausinvestitionen.....	20
3.6 Palliativ- und Hospizversorgung	22
3.7 Telematikinfrastruktur	23
3.8 Sonstige.....	24
4 Beitragssatzerlegung für das Jahr 2023	28
5 Limitationen	31
6 Ausblick 2025.....	32
7 Methodisches Vorgehen bei der Identifikation versicherungsfremder Leistungen	34
7.1 Systematische Literaturrecherche	34
7.2 Definitionen des Begriffes „versicherungsfremde Leistungen“ in der Literatur	35
7.3 Systematische Recherche über gesetzliche Änderungen.....	37
Forschungsliteratur und Quellen.....	38
Rechtsquellen	45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Beitragssatzerlegung für das Jahr 2023	30
-------------	--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Zuordnung der genutzten Prüfkriterien zur Definition des Begriffes „versicherungsfremde Leistungen“ in der Literatur	10
Tabelle 2	Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen für die medizinische Versorgung von Bürgergeld-Empfänger:innen für das Jahr 2022	12
Tabelle 3	Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen im Bereich „Beitragsfreiheit“ ...	15
Tabelle 4	Ausgabenschätzungen für den Versicherungsschutz im Rahmen der Familienversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht für das Jahr 2022.....	16
Tabelle 5	Bepreisung der familienpolitisch motivierten versicherungsfremden Leistungen für das Jahr 2023.	18
Tabelle 6	Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen in Zusammenhang mit primären Präventionsmaßnahmen für das Jahr 2023	20
Tabelle 7	Bepreisung der versicherungsfremden Ausgaben im Zusammenhang mit Investitionen im stationären Bereich	21
Tabelle 8	Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen in der Palliativ- und Hospizversorgung für das Jahr 2023.....	22
Tabelle 9	Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen für die Telematikinfrastruktur und das Jahr 2023	24
Tabelle 10	Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen im Bereich „Sonstige“	26
Tabelle 11	Schätzung der Gesamteurobeträge und BSP der versicherungsfremden Bereiche im Jahr 2023.....	29
Tabelle 12	Aufbau des Suchstrings und Trefferanzahl je Datenbank	35

Abkürzungsverzeichnis

ALG II	Arbeitslosengeld II
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BRH	Bundesrechnungshof
BSP	Beitragssatzpunkt
DigiG	Digital-Gesetz
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
eGK	elektronische Gesundheitskarte
ePA	elektronische Patientenakte
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-BRG	GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GVSG	Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz
IGES	Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
MeSH	Medical Subject Headings
MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PauschAV	Pauschal-Abgeltungsverordnung
PKV	private Krankenversicherung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
TI	Telematikinfrastuktur
WIG2 Institut	Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Expertise war es, die finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Aufgaben, die nicht zum klassischen Tätigkeitsfeld einer gesetzlichen Krankenversicherung zählen, abzuschätzen und ihren Anteil am aktuellen Beitragssatz darzustellen. Dafür wurde zunächst auf Basis der wissenschaftlichen Literatur eine Definition solcher sogenannten „versicherungsfremden Leistungen“ erarbeitet. Versicherungsfremde Leistungen im Kontext der Krankenversicherung sind demnach medizinische und nicht medizinische Sach- und Geldleistungen, die entweder keinen direkten oder indirekten Bezug zu einem (potenziellen) Krankheitsfall aufweisen und/oder ihre Wirkung auch außerhalb der beitragspflichtigen Mitglieder- oder der Versichertengemeinschaft entfalten und/oder durch die Sozialversicherung übernommene Aufgaben der staatlichen Daseinsvorsorge und Absicherung der Bevölkerung darstellen. Die im Rahmen dieser Definition verwendeten Kriterien werden einzeln oder in Kombination auch von der Mehrheit anderer Publikationen zum Thema „versicherungsfremde Leistungen“ herangezogen, soweit sie eine konkrete Definition des Begriffes vornehmen.

Auf Basis der hier formulierten und als umfassend angenommenen Definition wurden insgesamt acht Bereiche versicherungsfremder Leistungen identifiziert, die darin enthaltenen zu übernehmenden Aufgaben beschrieben und eine Schätzung der mit diesen Aufgaben verbundenen finanziellen Belastungen vorgenommen. Der Bereich „Bezuschussung von Bürgergeldempfänger:innen“ umfasst bspw. ein Volumen von 9,2 Mrd. EUR, der Bereich „Beitragsfreiheit“ wird mit 33 Mrd. EUR angesetzt und für „Familienpolitische Leistungen“ wurden Belastungen von insgesamt 5,8 Mrd. EUR geschätzt. Die versicherungsfremden Aufgaben in den Bereichen „Prävention“ und „Krankenhausinvestitionen“ umfassen 4,1 bzw. 3,8 Mrd. EUR. Zudem wurden die Bereiche „Palliativ- und Hospizversorgung“ (1,4 Mrd. EUR), „Telematikinfrastruktur“ (1,3 Mrd. EUR) und „Sonstige“ (1,2 Mrd. EUR) berücksichtigt. Unter den sonstigen Leistungskomplexen wurden u. a. die Empfängnisverhütung, die Förderung von Aus- und Weiterbildung sowie die Innovationsförderung subsumiert.

Die ermittelten Aufgaben wurden in Anteile am Beitragssatz der GKV umgerechnet. Der größte Anteil entfiel mit 1,94 Beitragssatzpunkten (BSP) auf den Bereich „Beitragsfreiheit“, gefolgt von den Bereichen „Bezuschussung von Bürgergeldempfänger:innen“ und „Familienpolitische Leistungen“ mit jeweils 0,54 bzw. 0,34 BSP im Jahr 2023. Die versicherungsfremden Ausgaben in den Bereichen „Prävention“ und „Krankenhausinvestitionen“ lagen in ähnlichen Größenordnungen; nämlich bei 0,24 bzw. 0,22 BSP im Jahr 2023. Die Bereiche „Palliativ- und Hospizversorgung“, „Telematikinfrastruktur“ und „Sonstige“ sind mit Blick auf das Finanzvolumen deutlich kleiner und enthielten Belastungen in Höhe von jeweils 0,07 bis 0,08 BSP für 2023.

Die versicherungsfremden Leistungen verursachten demnach 2023 Ausgaben in Höhe von 3,51 BSP, wovon lediglich 0,97 BSP durch den Bundeszuschuss abgedeckt wurden. Verglichen mit der Höhe des für versicherungsfremde Leistungen vorgesehenen Bundeszuschusses ergab sich eine Unterfinanzierung von 2,54 BSP, was einem Betrag von 43,25 Mrd. EUR entspricht.

1 Einleitung

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen in erheblichem Maße. Für das Jahr 2024 hat der GKV-Schätzerkreis ein durch Zusatzbeiträge zu deckendes Ausgabenvolumen von über 30 Mrd. EUR prognostiziert (BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung, 2023). Anhaltend hohe Ausgabenzuwächse und eine gedämpfte wirtschaftliche Entwicklung führen dazu, dass die Differenz aus Einnahmen und Ausgaben weiter wächst (BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Gleichzeitig werden der GKV weiterhin vom Gesetzgeber eine Vielzahl von Aufgaben zugewiesen, die nicht zum eigentlichen Tätigkeitsfeld der (gesetzlichen) Krankenversicherung zählen (BMG, o. J.a).

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003 hat der Begriff „versicherungsfremde Leistungen“ erstmals Eingang in das GKV-Recht gefunden. Gemäß § 221 Sozialgesetzbuch V (SGB V) sollte sich der Bund an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen mit einem jährlichen pauschalen Abgeltungsbetrag beteiligen; für das Jahr 2004 in Höhe von 1 Mrd. EUR, für das Jahr 2005 mit 2,5 Mrd. EUR und ab dem Jahr 2006 mit 4,2 Mrd. EUR. Dieser Betrag nach § 221 SGB V sollte nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) schrittweise angehoben werden und beträgt aktuell für das Jahr 2024 14,5 Mrd. EUR. Die Pauschal-Abgeltungsverordnung (PauschAV) legte 2004 in § 2 PauschAV sowie der dazugehörigen Anlage erstmals fest, welche Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen gemäß den Vorgaben des Kontenrahmens für die GKV-Träger abgeltungsfähig sind.

Obwohl die PauschAV einzelne Leistungen benennt, die einen versicherungsfremden Charakter aufweisen, liefert sie keine sozialrechtliche Definition dieses Begriffes. Tatsächlich mangelt es der bisherigen wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Diskussion über „versicherungsfremde Leistungen“ an Einheitlichkeit und einer klaren Definition. Trotz dieser begrifflichen Unschärfe ist in den meisten Publikationen ein gemeinsamer Konsens erkennbar: Die als versicherungsfremde Leistungen deklarierten Aufgaben weisen ein erhebliches Ausgabenvolumen auf (Höpfner, Berndt, Schäffer & Militzer-Horstmann, 2020; Meinhardt, 2018; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 2016) und bringen aufgrund der impliziten Verschiebung der damit verbundenen Finanzierungsverantwortung zwischen Beitrags- und Steuerfinanzierung erhebliche Umverteilungswirkungen mit sich (Höpfner et al., 2020; SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2005).

Ziel der vorliegenden Expertise ist es daher, zunächst auf Grundlage der wissenschaftlichen Literatur eine tragfähige, kriteriengestützte Definition versicherungsfremder Leistungen zu erarbeiten und darauf aufbauend einen Überblick über die versicherungsfremden Aufgabenbereiche der GKV zu ermöglichen. Basierend auf einer damit verbundenen Ausgabenschätzung für die versicherungsfremden Leistungen wird dann Transparenz über die durch den Gesundheitsfonds und die GKV übernommenen versicherungsfremden Belastungen hergestellt und diese auf den durchschnittlichen GKV-Beitragsatz heruntergebrochen.

2 Herleitung der Arbeitsdefinition versicherungsfremder Leistungen

Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurden zunächst relevante Publikationen aus der wissenschaftlichen Literatur zum Inhalt und Umfang versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung, insbesondere in der GKV, identifiziert (Abschnitt 7.1). In einem zweiten Schritt wurden aus den ausgewählten Quellen die Definitionen extrahiert, anhand derer GKV-Leistungen objektiv als versicherungsfremde Leistungen hergeleitet werden können (Abschnitt 7.2). Zudem erfolgte zur inhaltlichen Aktualisierung der in der Literatur genannten Bereiche versicherungsfremder Leistungen ein Screening der gesetzlichen Neuerungen mit Einfluss auf versicherungsfremde Leistungen (Abschnitt 7.3), dessen Ergebnisse bei der in Abschnitt 3 dargelegten Quantifizierung versicherungsfremder Leistungen nach einzelnen Aufgabenbereichen Berücksichtigung fanden. Zur besseren Lesbarkeit erfolgt die ausführliche Darstellung der Methodik und der Literatur in dieser Expertise erst nach Darstellung der inhaltlichen Ergebnisse.

Auf Basis der in Abschnitt 7.2 dargestellten Literatur und der ergänzenden Recherche gesetzlicher Neuerungen wird für die Weiterbearbeitung der Forschungsfragen zur Identifikation und Quantifizierung versicherungsfremder Leistungen folgende Arbeitsdefinition aufgestellt:

Versicherungsfremde Leistungen im Kontext der Krankenversicherung sind medizinische und nicht medizinische Sach- und Geldleistungen, die entweder keinen direkten oder indirekten Bezug zu einem (potenziellen) Krankheitsfall aufweisen und/oder ihre Wirkung auch außerhalb der beitragspflichtigen Mitglieder- oder der Versichertengemeinschaft entfalten und/oder durch die Sozialversicherung übernommene Aufgaben der staatlichen Daseinsvorsorge und Absicherung der Bevölkerung darstellen.

Die Definition enthält drei grundlegende Prüfkriterien, anhand derer Leistungen der GKV im Rahmen dieser Expertise als versicherungsfremd eingestuft werden. Diese werden im Folgenden erläutert.

Verletzung des Versicherungscharakters

Versicherungen dienen der wirtschaftlichen Absicherung eines spezifischen Schadenfalles. Leistungen, die nur das Risiko des Schadenfalles beeinflussen und nicht erst durch den Eintritt des Schadens ausgelöst werden, gehören demgegenüber gewöhnlich nicht zum Kernbereich der Versicherungsleistung. Krankenversicherungen dienen der finanziellen Absicherung des persönlichen Krankheitsfalles. Der Versicherungscharakter einer Krankenversicherung beruht daher auf dem Prinzip, dass Leistungen typischerweise auf das Eintreten eines bestimmten Ereignisses, in diesem Fall einer Erkrankung, abzielen.

Leistungen, die unabhängig vom Eintritt eines Krankheitsfalles in Anspruch genommen werden können und bspw. nur die Eintrittswahrscheinlichkeit eines persönlichen Krankheitsfalles beeinflussen, widersprechen nach dieser Logik dem grundlegenden Charakter einer Krankenversicherung. Ein Beispiel hierfür sind Maßnahmen der Primärprävention, die auch gesunden Personen zur Verfügung stehen.

Verletzung des Versicherungs- und Äquivalenzprinzips

Versicherungsfremde Leistungen wirken oft über die Gemeinschaft der versicherten Mitglieder hinaus, was das Versicherungs- und das Äquivalenzprinzip untergräbt. Das Versicherungsprinzip wird dabei als die kollektive Risikoabsicherung des Einzelnen gegen Schadenfälle im Austausch gegen versichertenindividuelle finanzielle Beiträge verstanden. Das Äquivalenzprinzip fordert darüber hinaus, dass die erbrachten Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zu den eingezahlten Beiträgen stehen. Im Kontext der Sozialversicherung bedeutet dies jedoch nicht, dass eine exakte Übereinstimmung zwischen den individuell gezahlten Beiträgen und den im Laufe des Versicherungsverhältnisses

zu erwartenden Leistungen bestehen muss. Vielmehr zielt das Äquivalenzprinzip in der GKV darauf ab, auf Gruppenebene eine Balance zwischen eingezahlten Beiträgen und erhaltenen Leistungen zu erreichen (Rürup, 2005).

Um dem Versicherungsprinzip Genüge zu tun und eine gruppenbasierte Äquivalenz zu erreichen, muss aber eine eindeutige Beziehung zwischen den Beiträgen und den Leistungen innerhalb einer spezifischen sozialen Gruppe in Abgrenzung zu anderen gesellschaftlichen Gruppen bestehen. Dieses kollektiv orientierte Verständnis des Äquivalenzprinzips impliziert, dass eine gewisse Mindestverpflichtung zur personenbezogenen Beitragserhebung erforderlich ist, um einen Ausgleich innerhalb der Gruppe zu gewährleisten (Höpfner et al., 2020). Die gruppenbezogene Äquivalenz bezieht sich jedoch nicht nur auf die Unterscheidung zwischen den beitragspflichtigen Mitgliedern der GKV und den mitversicherten Familienangehörigen oder anderen von der Beitragspflicht entlasteten Gruppen, sondern auch auf die Abgrenzung zwischen der GKV-Versichertengemeinschaft und der Allgemeinheit. Wenn durch die GKV finanzierte Leistungen Personen zugutekommen, die nicht in der GKV versichert sind, oder wenn sie allgemeine gesellschaftliche Vorteile bieten, wird das Prinzip ebenfalls verletzt. Dies gilt bspw. für ausschließlich von der GKV finanzierten Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten oder im betrieblichen Setting, von denen auch nicht in der GKV versicherte Personen profitieren können.

Aufgaben staatlicher Daseinsvorsorge

Versicherungsfremde Leistungen umfassen auch Aufgaben, die typischerweise von der staatlichen Daseinsvorsorge übernommen werden sollten. Diese Aufgaben dienen der allgemeinen Absicherung und dem Wohl der Bevölkerung und gehen über den spezifischen Schutz der Versicherten hinaus. Hierzu zählen bspw. öffentliche Gesundheits- und Aufklärungsmaßnahmen oder infrastrukturelle Investitionen in Gesundheitseinrichtungen. Dem Staat und seinen föderal gegliederten Organisationen obliegt es, die Infrastruktur der Leistungserbringer:innen, Unternehmen und übrigen Dienstleistenden bereitzustellen, auf die die Versicherten der GKV durch ihre Inanspruchnahme der Sachleistungen zurückgreifen. Sozialbeiträge dürfen aufgrund ihrer strengen Zweckgebundenheit (BSG – Bundessozialgericht, 2021) nicht zur Finanzierung des allgemeinen Staatshaushalts und zur Erfüllung von Gemeinwohlverpflichtungen verwendet werden. Dies bedeutet, dass Mittel der Sozialversicherung ausschließlich für Aufgaben verwendet werden können, die in direktem Zusammenhang mit der Absicherung der Versicherten im Krankheitsfall entstehen. Wenn jedoch Mittel der Krankenversicherung für staatliche Aufgaben wie die beschriebenen strukturpolitischen Aufgaben eingesetzt werden, die eigentlich durch Steuermittel finanziert werden sollten, wird dieses Prinzip der Zweckbindung verletzt.

Mithilfe dieser drei hier vorgestellten Prüfkriterien lässt sich methodisch fundiert bestimmen, welche Leistungen im Rahmen der GKV als versicherungsfremd gelten.

Die nachfolgende Tabelle 1 systematisiert die Nutzung der hier aufgezählten Prüfkriterien in der in Abschnitt 7.2 dargestellten Literatur. Es wird deutlich, dass die Mehrheit der Autor:innen eines oder mehrere der zuvor aufgeführten Prüfkriterien für ihre Herleitung versicherungsfremder Leistungen benutzt, soweit sie eine konkrete Definition dieses Begriffes vornehmen. Die im Rahmen dieser Expertise verwendete Definition umfasst alle drei Kriterien und bietet somit eine eher weite Auslegung des Begriffes. Sie ergänzt die Definition des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 Institut) aus dem Jahr 2020 um den Aspekt der Übernahme von Aufgaben staatlicher Daseinsvorsorge.

Tabelle 1 Zuordnung der genutzten Prüfkriterien zur Definition des Begriffes „versicherungsfremde Leistungen“ in der Literatur

Quelle: Eigene Darstellung

	Verletzung des Versicherungscharakters	Verletzung des Versicherungs- und Äquivalenzprinzips	Aufgabe staatlicher Daseinsvorsorge
SVR (2005)	enthalten	enthalten	nicht enthalten
Fichte & Schulemann (2010)	enthalten	enthalten	enthalten
GKV-SV (2013)	–	–	–
Stegmüller & Greß (2014)	nicht enthalten	nicht enthalten	enthalten
Meinhardt (2019)	nicht enthalten	nicht enthalten	enthalten
Höpfner et al. (2020)	enthalten	enthalten	nicht enthalten
BRH (2021)	–	–	–
Albrecht & Ochmann (2021)	nicht enthalten	enthalten	enthalten
Raffelhüschen (2024)	nicht enthalten	enthalten	nicht enthalten
Simon (2024)	–	–	–
Stampf-Finé (2024)	–	–	–
BMG (o. J.)	nicht enthalten	enthalten	enthalten

3 Quantifizierung versicherungsfremder Leistungen nach einzelnen Aufgabebereichen

3.1 Bezuschussung von Bürgergeld-Empfänger:innen

Es ist die Aufgabe des Sozialstaates, die medizinische Versorgung für Bezieher:innen von Grundsicherungsleistungen wie dem Bürgergeld sicherzustellen. Da bei der Absicherung von Gesundheitsrisiken der Bürgergeld-Empfänger:innen die GKV eine staatliche Aufgabe übernimmt (Prüfkriterium der staatlichen Daseinsvorsorge), wird die fehlende Kostendeckung der Pauschale, die der Bund für Bürgergeld-Empfänger:innen an die GKV zahlt, als versicherungsfremde Leistung angesehen.

Das Bürgergeld-Gesetz, das am 20.12.2022 verabschiedet wurde und zum 01.01.2023 in Kraft trat, reformierte die Grundsicherung für Arbeitssuchende im SGB II und ersetzte die bis dahin geltenden Leistungen des Arbeitslosengeldes II (ALG II) sowie des Sozialgeldes durch das Bürgergeld. Das Gesetz führte allerdings keine grundsätzlichen Änderungen bei der Bemessung der Beiträge ein, die aus Steuermitteln des Bundes zur Deckung der GKV-Ausgaben für Bürgergeld-Empfänger:innen herangezogen werden. Für die Quantifizierung der Fehlfinanzierung im Aufgabenbereich „Bürgergeld“ wird keine eigene Schätzung vorgenommen. Stattdessen wird auf die kürzlich vom Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen (IGES) veröffentlichten Berechnungen über die kostendeckenden Beiträge für gesetzlich krankenversicherte ALG-II- und Sozialgeld-Empfänger:innen (nun Bürgergeld-Empfänger:innen) zurückgegriffen (Ochmann, Albrecht & Schiffhorst, 2024), die im Folgenden erläutert werden.

Die IGES-Schätzungen basieren auf einem Datensatz mit rund 67 Mio. Versicherten, der für das Datenjahr 2022 91,4 % aller gesetzlich versicherten ALG-II-Beziehenden umfasst. Um die auf Basis des Datensatzes ermittelten Ausgaben der ALG-II-Empfänger:innen für die gesamte GKV hochzurechnen, wurden die enthaltenen Ausgaben mit dem Anteil von 91,4 % verrechnet. Über alle Gruppen der ALG-II-Bezieher:innen zusammen wurden hierdurch Leistungsausgaben in Höhe von 14,25 Mrd. EUR geschätzt. Zusätzlich zu den Leistungsausgaben wurde über einen pauschalen Ansatz das Volumen der auf diese Versichertengruppe entfallenden Verwaltungskosten auf 0,86 Mrd. EUR beziffert. Hierzu wurden die durchschnittlichen Verwaltungskosten der GKV je Versicherten im Jahr 2022 in Höhe von 167,92 EUR angesetzt.

Diesen Kosten gegenüber standen auf Basis von Zahlen aus der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) zur Grundsicherung für Arbeitssuchende (BA, o. J.) Einnahmen aus der Beitragspauschale für ALG-II-Bezieher:innen in Höhe von 4,93 Mrd. EUR sowie weitere Einnahmen durch GKV-Beiträge erwerbstätiger und erwerbsloser Aufstocker:innen in Höhe von 0,98 Mrd. EUR. Aus der Gegenüberstellung der Ausgaben- und Einnahmenseite ergibt sich ein negativer Saldo von –9,2 Mrd. EUR, der derzeit durch die Beiträge für Bürgergeld-Empfänger:innen nicht in ausreichender Höhe bereitgestellt wird. Somit beträgt das geschätzte Gesamtvolumen für den Aufgabenbereich „Bürgergeld“ 9,22 Mrd. EUR für das Jahr 2022.

Tabelle 2 Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen für die medizinische Versorgung von Bürgergeld-Empfänger:innen für das Jahr 2022

Quelle: Berechnungen auf Grundlage des IGES-Gutachtens (Ochmann et al., 2024)

Leistungs-komplex	Leistungsposition	Ausgabenvolumen	Quelle und Datenjahr
Bürgergeld-Empfänger:innen	Leistungsausgaben für Bürgergeld-Empfänger:innen	14.252.000.000 €	IGES-Gutachten (2022)
	Pauschalbetrag für Verwaltungskosten je Versicherten	875.000.000 €	IGES-Gutachten (2022)
	Beitragspauschale und weitere Einnahmen der GKV	-5.909.000.000 €	IGES-Gutachten (2022)
Gesamtvolu-men des Aufgabenbereiches „Bürger-geld“	9.218.000.000 €		

3.2 Beitragsfreiheit

Im Folgenden werden die einzelnen Positionen und die damit verbundenen geschätzten Ausgaben oder Mindereinnahmen im Bereich „Beitragsfreiheit“ vorgestellt, die gemäß der Arbeitsdefinition das Versicherungs- und das Äquivalenzprinzip verletzen und daher vorliegend als versicherungsfremd eingestuft werden. Diese umfassen die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen, die beitragsfreie Versicherung von Ehepartner:innen der Mitglieder, die beitragsfreie Versicherung von Familienangehörigen der Rentner:innen, die Beitragsfreiheit bei Mutterschutz und Elternzeit sowie Beitragsausfälle aufgrund des Freibetrages bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung.

Seit der Veröffentlichung eines Faktenblattes des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) im Jahr 2013, das eine Ausgabenschätzung für einen eng begriffenen Katalog versicherungsfremder Leistungen für das Jahr 2011 enthält (GKV-SV, 2013), sowie einer Expert:innenschätzung im Rahmen der Anhörung zum Haushaltsbegleitgesetz 2014 für das Jahr 2012 (Henke, 2014) wurden keine aktualisierten Zahlen zu den Ausgaben im Rahmen der beitragsfreien Familienversicherung vorgelegt. Dies ist nicht verwunderlich, da die mit versicherungsfremden Leistungen verbundenen Ausgaben nicht systematisch erfasst und oft nicht vollständig veröffentlicht werden.

Nach Schätzungen des GKV-SV für das Jahr 2011 machte die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren mit 16,1 Mrd. EUR den größten Teil der Gesamtausgaben in der Familienversicherung aus (52,27 %) (GKV-SV, 2013). Die restlichen 47,73 % des auf 30,80 Mrd. EUR geschätzten Gesamtvolumens in der Familienversicherung teilten sich auf in:

- die beitragsfreie Versicherung von Ehepartner:innen der Mitglieder mit 8,1 Mrd. EUR,
- die beitragsfreie Versicherung von Familienangehörigen der Rentner:innen mit 5,60 Mrd. EUR und
- die beitragsfreie Versicherung bei Mutterschutz und Elternzeit mit 1,0 Mrd. EUR auf (GKV-SV, 2013).

Im Rahmen der Anhörung zum Haushaltsbegleitgesetz wurden konservativere Schätzungen für das Jahr 2012 vorgestellt: Demnach beliefen sich die jährlichen Kosten für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren damals auf 14,1 Mrd. EUR, während die

Ausgaben für die restlichen Versichertengruppen auf 11,40 Mrd. EUR geschätzt wurden (Henke, 2014). Somit lag für den Betrachtungszeitraum das geschätzte Gesamtvolumen mit 25,50 Mrd. EUR um 17,21 % niedriger als die Schätzung des GKV-SV.

Im Folgenden wird eine Aktualisierung der Schätzungen zu den Belastungen durch die Beitragsfreiheit im Rahmen der Familienversicherung vorgenommen. Modellinduzierter Ausgangspunkt ist die Annahme der Äquivalenz zwischen Ausgaben für die entsprechenden Versichertengruppen und der finanziellen Belastung der Kostenträger durch die Beitragsfreiheit. Dahinter steht die modellhafte Überlegung, dass die Aufwände für die Absicherung dieser Versicherten den von dieser Gruppe verursachten Ausgaben entsprechen.

Zur Durchführung der Schätzung werden in Anlehnung an das Vorgehen im Rahmen der Anhörung zum Haushaltsbegleitgesetz 2014 (Henke, 2014) Zahlen der amtlichen KM1/13-Statistik über die Mitglieder, mitversicherte Angehörige und den Krankenstand im Jahresdurchschnitt (BMG, 2023) sowie durch das Bundesversicherungsamt kalkulierte Ausgaben der sogenannten GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen für das Jahr 2022 herangezogen (BAS, 2024)¹. Den GKV-Ausgabenprofilen können geschlechts- und altersjahrspezifische Werte über die durchschnittlichen täglichen Ausgaben in den einzelnen Hauptleistungsbereichen (Pro-Tag-Werte) und insgesamt entnommen werden, während die KM1/13-Statistik die Größe der einzelnen Versichertengruppen in Köpfen ausweist.

Für die anschließenden Ausgabenschätzungen nach Geschlechtern und Altersgruppen müssen zunächst weitere Annahmen getroffen werden. Erstens wird angenommen, dass alle Versicherten unter 20 Jahren grundsätzlich in der Familienversicherung abgedeckt sind, wenngleich ein kleinerer, aber aus den GKV-Altersprofilen nicht zu diskontierender Anteil dieser Personengruppe u. a. bereits ins Erwerbsleben eingetreten ist und als Pflichtmitglied, als Auszubildende:r mit Entgelt oder als Bürgergeld-Empfänger:in versichert ist. Diese Annahme ermöglicht eine detaillierte Ausgabenschätzung der Versichertengruppen nach Geschlechtern und Altersjahren direkt mit den Zahlen der GKV-Ausgabenprofile. Dazu werden die Versichertentage für jedes Altersjahr und Geschlecht mit den Pro-Tag-Werten für alle Leistungsbereiche des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs multipliziert. Zweitens wird hier davon ausgegangen, dass die durchschnittlichen Pro-Tag-Werte für die Altersgruppen der 20- bis 64-Jährigen und derjenigen ab 65 Jahren keine systematischen Unterschiede zwischen Mitgliedern und Familienangehörigen aufweisen. Die dritte hier getroffene Annahme betrifft die Umrechnung von Versichertenjahren in Versichertenköpfe, wobei ein Versichertenjahr methodisch einem Versichertenkopf gleichgesetzt wird.

Die letzten beiden Annahmen ermöglichen es, für die höheren Altersgruppen die Pro-Tag-Werte in Jahresdurchschnittswerte umzurechnen und diese mit der Anzahl der Versicherten gemäß der KM1/13-Statistik, stratifiziert nach Geschlecht, zu multiplizieren und somit das Ausgabenvolumen zu schätzen. In den hier durchgeführten Berechnungen werden die durchschnittlichen Werte der GKV-Ausgabenprofile mit den entsprechenden Versichertentagen gewichtet, um Verzerrungen zu vermeiden.

Die Ergebnisse der einzelnen Berechnungen für die Ausgaben im Rahmen der beitragsfreien Mitversicherung nach Geschlecht und Altersgruppen für das Jahr 2022 sind in Tabelle 4 aufgeführt. Für

¹ Die KM1/13-Statistik liegt zum aktuellen Zeitpunkt zwar für das Jahr 2023 vor, allerdings werden die Werte der Ausgabenprofile durch das BAS für das Jahr 2023 voraussichtlich erst zum Jahresbeginn 2025 veröffentlicht. Daher wird eine Ausgabenschätzung auf einheitlicher Basis für 2022 vorgenommen.

die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen im Alter bis 20 Jahren ergibt sich ein Ausgabenvolumen in Höhe von 23,34 Mrd. EUR. Dieser Betrag verteilt sich zu einem etwas größeren Anteil auf die männlichen Versicherten mit 12,27 Mrd. EUR und zu einem kleineren Anteil auf die weiblichen Versicherten mit 11,07 Mrd. EUR. Wesentlich niedriger sind hingegen die Gesamtausgaben für die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartner:innen in der allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner:innen. Die mitversicherten Familienangehörigen zwischen 20 und 64 Jahren verantworten – bezogen auf ein Jahr – ein Ausgabenbudget von 6,30 Mrd. EUR, während die mitversicherten Familienangehörigen in der Krankenversicherung der Rentner:innen Ausgaben in Höhe von schätzungsweise 3,12 Mrd. EUR im selben Zeitraum verursachten. Als Ergebnis können für den gesamten Bereich der Familienversicherung geschätzte Leistungsausgaben in Höhe von 32,76 Mrd. EUR für das Jahr 2022 festgestellt werden, denen keine Beitragseinnahmen gegenüberstehen.

Zusätzlich zu den Leistungsausgaben wurde vorliegend das Volumen der Verwaltungskosten für mitversicherte Familienangehörige pauschal auf 2,56 Mrd. EUR geschätzt; basierend auf den durchschnittlichen Verwaltungskosten der GKV pro Versicherten im Jahr 2022 in Höhe von 167,92 EUR pro Jahr. Daraus ergibt sich ein Gesamtvolumen für Ausgaben der Familienversicherung in Höhe von 35,32 Mrd. EUR für das Jahr 2022.

Im Rahmen der Kostenschätzung ist zu beachten, dass die Ausgaben für Familienversicherte von Bürgergeldempfänger:innen sowohl hier als auch in die Schätzung der Aufwände für die Bezuschussung der Bürgergeld-Empfänger:innen im Abschnitt 3.1 einfließen. Eine direkte Bereinigung ist aufgrund fehlender Daten nicht möglich, weil keine differenzierten Angaben zu den Kosten der Familienversicherten verfügbar sind. Im Rahmen des vorgelegten IGES-Gutachtens zu den GKV-Beiträgen der Beziehender:innen von ALG-II wurde aber dargestellt, dass 29,6 % der Analysepopulation Familienversicherte waren (Ochmann et al., 2024). Unter der Annahme, dass diese die gleichen Durchschnittskosten aufweisen wie die ALG-II-Empfänger:innen, kann die Gesamtbelastung für Familienversicherte der ALG-II-Empfänger:innen auf 4,48 Mrd. EUR geschätzt werden. Die Schätzung der Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen muss daher unter Berücksichtigung der Bezuschussung von Bürgergeldempfänger:innen und der Beitragsfreiheit von Familienversicherten um diesen Betrag bereinigt werden. Die abschließenden Berechnungen, die diesen Bereinigungsbetrag berücksichtigen, sind in der nachfolgenden Tabelle 3 dargestellt.

Die hier durchgeführten Berechnungen spiegeln jedoch nicht vollständig die Beitragsfreiheit bei Mutterschutz und Elternzeit wider, da die relevanten Versichertengruppen in den herangezogenen Statistiken nicht separat ausgewiesen werden. In der Regel bleiben Personen, die vor dem Eintritt der Beitragsbefreiung bei Mutterschutz und Elternzeit Mitglieder waren, weiterhin als solche in der KM1/13-Statistik erfasst. Demgegenüber werden mitversicherte Personen, die vor dem Eintritt der Beitragsbefreiung bereits in der Familienversicherung waren, auch in der Folgezeit als Familienangehörige geführt und sind somit in den Berechnungen implizit berücksichtigt. Um diese Lücke zu schließen, wird das geschätzte Ausgabenvolumen für Beitragsfreiheit bei Erziehungsgeld, Mutterschaftsgeld und Elternzeit gemäß dem GKV-Faktenblatt in Höhe von 1,00 Mrd. EUR vorliegend mit angerechnet. Diese Schätzung liegt zwar einige Zeit zurück, was eine Entwicklung nach oben für den fehlenden Zeitraum nahelegen könnte. Da jedoch ein Teil der Kosten bereits durch die Berechnungen für die Familienmitversicherung abgedeckt sein dürfte, halten sich die potenziellen zusätzlichen Mindereinnahmen und die bereits berücksichtigten Kosten voraussichtlich in etwa die Waage. Das geschätzte Volumen aus Tabelle 4 muss folglich auf 36,32 Mrd. EUR erweitert werden, um die Mindereinnahmen aufgrund der Beitragsfreiheit bei Mutterschutz und Elternzeit aufzufangen.

Unter Berücksichtigung der Inflations- und Wirtschaftsentwicklung der letzten 12 bzw. 13 Jahre liegen die hier vorgestellten Schätzungen näher an den Schätzwerten, die dem Haushaltsbegleitgesetz zugrunde liegen, und können daher als konservativ angesehen werden. Die tatsächlichen Ausgaben könnten jedoch über den hier berechneten Werten liegen, falls die Annahme der Risikoäquivalenz zwischen GKV-Mitgliedern und ihren mitversicherten Familienangehörigen nicht zutrifft und die Ausgaben für letztere systematisch höher sind.

Hinzu kommen für den Aufgabenbereich „Beitragsfreiheit“ Mindereinnahmen aufgrund des mit dem GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (GKV-BRG) verabschiedeten Freibetrages bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung. Diese wurden vom Gesetzgeber ab dem Jahr 2020 auf einen jährlichen Betrag in Höhe von 1,2 Mrd. EUR geschätzt (Bundesregierung, 2019). Somit beträgt das geschätzte Gesamtvolumen für den Aufgabenbereich „Beitragsfreiheit“ 37,52 Mrd. EUR. Die Aufgliederung dieser Summe nach Leistungspositionen und -gruppen ist in Tabelle 3 enthalten.

Tabelle 3 Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen im Bereich „Beitragsfreiheit“

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage diverser Datenquellen; siehe Spalte „Quelle und Datenjahr“

Leistungskomplex	Leistungsposition	Ausgabenvolumen	Quelle und Datenjahr
Beitragsfreiheit in der Familienversicherung	Leistungsausgaben für mitversicherte Kinder (bis 20 Jahre)	23.339.545.523 €	Eigene Berechnungen unter Nutzung der KM1/13-Statistik und der GKV-Ausgabenprofile (2022)
	Leistungsausgaben für mitversicherte Familienangehörige in der allgemeinen Krankenversicherung (ab 20 bis einschließlich 64 Jahre)	6.298.004.249 €	Eigene Berechnungen unter Nutzung der KM1/13-Statistik und der GKV-Ausgabenprofile (2022)
	Leistungsausgaben für mitversicherte Familienangehörige in der Krankenversicherung der Rentner:innen (ab 65 Jahre)	3.122.485.906 €	Eigene Berechnungen unter Nutzung der KM1/13-Statistik und der GKV-Ausgabenprofile (2022)
	Verwaltungskostenpauschale	2.564.495.398 €	Eigene Berechnungen unter Nutzung der KM1/13-Statistik (2022)
Beitragsfreiheit für Erziehungsgeld, Mutterschaftsgeld und bei Inanspruchnahme von Elternzeit	Beitragsfreiheit für Erziehungsgeld, Mutterschaftsgeld und bei Inanspruchnahme von Elternzeit (einschließlich Zuzahlungsbefreiung)	1.000.000.000 €	GKV-SV, Faktenblatt (2013)
Freibetrag betriebliche Altersvorsorge	Freibetrag bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung	1.200.000.000 €	Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-BRG (2019)
Familienversicherte der Bürgergeld-Empfänger:innen	Bereits erfolgte Berücksichtigung der Bezuschussung von Familienversicherten der Bürgergeld-Empfänger:innen	-4.477.000.000 €	Schätzung auf Basis des IGES-Gutachtens (2022)
Gesamtvolumen des Aufgabenbereiches „Beitragsfreiheit“	33.047.531.076 €		

Tabelle 4 Ausgabenschätzungen für den Versicherungsschutz im Rahmen der Familienversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht für das Jahr 2022

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der KM1/13 Statistik (BMG, 2023) und der GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Ausgabenbereich (BAS, 2024)

Geschlecht/ Summe	Mitversicherte Familienangehörige								
	Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre			Mitversicherte Familienangehörige in der allgemeinen Krankenversicherung (20–64 Jahre)			Mitversicherte Familienangehörige in der Krankenversicherung der Rentner:innen (ab 65 Jahre)		
	Versicherten-tage	Gewichteter durchschnittlicher Pro-Tag-Wert	Ausgaben	Versicherte	Gewichteter durchschnittlicher Jahreswert	Ausgaben	Versicherte	Gewichteter durchschnittlicher Jahreswert	Ausgaben
Männer	2.541.405.352	4,83 €	12.274.409.49 €	254.510	2.330,70 €	5.704.818.70 €	44.946	7.717,10 €	346.852.916 €
Frauen	2.403.824.959	4,60 €	11.065.136.02 €	2.038.951	2.797,92 €	593.185.544 €	422.015	6.577,10 €	2.775.632.990 €
Gesamt	4.945.230.311	4,72 €	23.339.545.52 €	2.293.461	2.564,31 €	6.298.004.24 €	466.961	7.147,10 €	3.122.485.906 €
Gesamt für die Leistungsausgaben der Familienversicherung	32.760.035.678 €								
Pauschalbetrag für Verwaltungskosten je Versicherten	2.564.495.398 €								
Gesamtvolumen der Familienversicherung	35.324.531.076 €								

3.3 Familienpolitische Leistungen

Abseits der Beitragsfreiheit in der Familienversicherung sowie für Erziehungsgeld, Mutterschaftsgeld und bei Inanspruchnahme von Elternzeit, die sich beitragsatzerhöhend über die Einnahmeseite auswirken, wurden für die vorliegende Expertise eine Reihe familienpolitisch motivierter GKV-Leistungen im Rahmen des Bereiches „Familienpolitik“ bepreist, die über die Ausgabenseite auf den Beitragsatz einwirken. Diese umfassen Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 24c SGB V, Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V, Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach § 44 in Verbindung mit § 24 SGB V sowie bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch nach § 24b Abs. 2 Satz 2 SGB V, Betriebs- und Haushaltshilfe nach § 54 SGB VII, § 24h SGB V und § 38 SGB V, den Förderbetrag in der Geburtshilfe gemäß § 5 Abs. 2b Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV).

Die in diesem Abschnitt genannten Aufgaben werden größtenteils bereits in der PauschAV im Rahmen der abgeltungsfähigen Konten für versicherungsfremde Leistungen genannt. Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sind dabei als versicherungsfremd einzustufen, weil sie keine Absicherung eines Krankheitsfalles darstellen. Auch der Förderbetrag in der Geburtshilfe bezieht sich auf Leistungen im Kontext von Schwangerschaft und Mutterschaft. Kinderkrankengeld weist keinen Bezug zur Absicherung des Krankheitsfalles des beitragszahlenden Mitglieds auf. Betriebs- und Haushaltshilfen gehen über den Versicherungscharakter einer Krankenversicherung hinaus.

Die Bepreisung der einzelnen Leistungspositionen in diesem Bereich wurde größtenteils durch die Summen der betreffenden Kontennummer in den endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV (KJ1-Statistik) ermöglicht (BMG, 2024a). Lediglich der Förderbetrag in der Geburtshilfe für das Jahr 2023 wurde durch die gesetzliche Vorgabe des KHEntgG im relevanten Paragraphen 2b einkalkuliert. Die Ausgaben, die in Zusammenhang mit Zuschlägen von Begleitpersonen angefallen sind, konnten zum aktuellen Zeitpunkt nicht beziffert werden. Die nachfolgende Tabelle 5 listet die gebuchten bzw. geschätzten Ausgaben für das Jahr 2023 je Position auf. Für den Aufgabenbereich „Familienpolitik“ ergibt sich somit ein Gesamtvolumen von 5,79 Mrd. EUR.

Tabelle 5 Bepreisung der familienpolitisch motivierten versicherungsfremden Leistungen für das Jahr 2023.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der KJ1-Statistik (BMG, 2024a) und des KHEntgG

Leistungs-komplex	Leistungsposition	Ausgabenvolumen	Quelle und Datenjahr
Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft	Ärztliche Betreuung	766.000.466 €	KJ1-Statistik (2023)
	Hebammenhilfe	738.560.041 €	KJ1-Statistik (2023)
	Stationäre Entbindung – ohne Pflegepersonalkosten	2.150.980.509 €	KJ1-Statistik (2023)
	Stationäre Entbindung – Pflegepersonalkosten	584.995.349 €	KJ1-Statistik (2023)
	Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld und Beiträge zur BA aus Mutterschaftsgeld – Mitglieder ohne Rentner:innen	661.340.734 €	KJ1-Statistik (2023)
	Haushaltshilfe und häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung	55.888.601 €	KJ1-Statistik (2023)
	Sonstige Sachleistungen und Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	26.789.899 €	KJ1-Statistik (2023)
Krankengeld	Kinderkrankengeld	468.327.687 €	KJ1-Statistik (2023)
	Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	29.251.755 €	KJ1-Statistik (2023)
Betriebs- und Haushaltshilfe	Gestellte Betriebshilfe – Regelleistung (Mitglieder ohne Rentner:innen)	4.089.792 €	KJ1-Statistik (2023)
	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe – Regelleistung (nur Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK))	777.688 €	KJ1-Statistik (2023)
	Betriebshilfe – Mehrleistung (nur LKK)	51.540.865 €	KJ1-Statistik (2023)
	Gestellte Haushaltshilfe – Regelleistung	41.890.032 €	KJ1-Statistik (2023)
	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe – Regelleistung	72.829.852 €	KJ1-Statistik (2023)
	Haushaltshilfe – Mehrleistung	17.395.204 €	KJ1-Statistik (2023)
Stationäre Geburtshilfe	Förderbetrag in der Geburtshilfe	120.000.000 €	KHEntgG (2023)
Stationäre Aufnahme von Begleitpersonen	Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen nach KHEntgG und BPfIV	vorliegend nicht bestimmbar	–

Gesamtvolu- men des Aufgabenbe- reiches „Fa- milienpoli- tik“	5.790.658.474 €
--	-----------------

3.4 Prävention

Die im Bereich „Prävention“ zusammengefassten Leistungen zielen auf Maßnahmen der Primärprävention ab, die fast ausschließlich vor dem Auftreten einer Krankheit und nicht im Krankheitsfall in Anspruch genommen werden (AOK-Bundesverband, o. J.). Damit wird der Versicherungscharakter verletzt. Zudem wirken Maßnahmen der Primärprävention oftmals außerhalb der Mitglieder- bzw. Versichertengemeinschaft. Ein Beispiel hierfür sind Lebenswelt- oder Setting-Ansätze in der Primärprävention, die bezwecken, Personengruppen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld anzusprechen und so auch nicht gesetzlich Versicherte erreichen können.

Daher umfasst der Bereich „Prävention“ Leistungen, die Krankenkassen oft als Satzungsleistungen festlegen und die das Ziel haben, Krankheitsrisiken zu verhindern und zu vermindern sowie das selbstbestimmte, gesundheitsorientierte Handeln der Versicherten nach § 20 SGB V zu fördern. Hierzu zählen auch Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V, betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V. Das Gesamtvolumen der Ausgaben für diesen Bereich beträgt 4,14 Mrd. EUR und wurde auf Basis der KJ1-Statistik für 2023 berechnet (BMG, 2024a). Schutzimpfungen als Regelleistung machen dabei den größten Anteil der Summe aus, selbst nach Abzug der Impfstoffrabatte gemäß § 130a Abs. 2 SGB V. Eine detaillierte Auflistung der berücksichtigten Einzelleistungen und einkalkulierten Jahresbeträge findet sich in der nachfolgenden Tabelle 6.

Tabelle 6 Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen in Zusammenhang mit primären Präventionsmaßnahmen für das Jahr 2023

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der KJ1-Statistik (BMG, 2024a)

Leistungs-komplex	Leistungsposition	Ausgabenvolumen	Quelle und Datenjahr
Schutzimpfungen	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V – Regelleistungen – ärztliches Honorar	381.474.129 €	KJ1-Statistik (2023)
	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V – Satzungsleistungen	220.970.945 €	KJ1-Statistik (2023)
	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V – Regelleistungen – Arzneimittel (Impfstoffe)	2.293.664.072 €	KJ1-Statistik (2023)
	Aufwendungen für Grippe-schutzimpfung durch Apotheken nach § 132j SGB V	2.189.154 €	KJ1-Statistik (2023)
	Rabatte auf Impfstoffe	-23.303.475 €	KJ1-Statistik (2023)
Weitere primäre Präventionsmaßnahmen	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V – Individualansatz	194.580.097 €	KJ1-Statistik (2023)
	Primäre Prävention nach § 20a SGB V – nichtbetriebliche Lebenswelten und Gesundheitsförderung	167.036.473 €	KJ1-Statistik (2023)
	Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	268.962.864 €	KJ1-Statistik (2023)
	Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)	581.264.455 €	KJ1-Statistik (2023)
	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)	49.947.462 €	KJ1-Statistik (2023)
Gesamtvolumen des Aufgabenbereiches „Prävention“	4.136.786.176 €		

3.5 Krankenhausinvestitionen

Die duale Finanzierung der Krankenhäuser, die die Investitionsfinanzierung als Aufgabe der öffentlichen Hand und die Finanzierung der Betriebskosten als Aufgabe der versicherungsbezogenen Kostenträger festlegt, hat in der Bundesrepublik seit der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 1972 eine lange Tradition. Als versicherungsfremd ist die indirekte Infrastrukturfinanzierung anzusehen, die durch die teilweise fehlende oder unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder über die Zweckentfremdung von GKV-Mitteln im Rahmen der leistungsbezogenen Vergütung sowie über den Krankenhausstrukturfonds des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) und den Krankenhauszukunftsfonds des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) erfolgt. Damit übernimmt

die GKV indirekt Aufgaben der staatlichen Daseinsvorsorge. Die bisherige Zuschlagsfinanzierung der Hygienepersonalstellen im Rahmen des Hygieneförderprogramms zur Prävention nosokomialer Infektionen nach dem KHSG wird ab 2023 in eine Finanzierung durch die Landesbasisfallwerte umgestellt. Eine Schätzung der finanziellen Auswirkungen dieser Umstellung ist jedoch nicht möglich, da der Einfluss dieser neuen Aufgabe auf die jährliche Anpassung der Landesbasisfallwerte unbekannt ist.

Insofern umfasst der Aufgabenbereich „Krankenhausinvestitionen“ sowohl erhaltende Investitionskosten als auch Fördermittel für einzelne Vorhaben, die durch die verschiedenen Krankenhausfonds abgedeckt werden. Die einkalkulierten Ausgaben je Leistungsposition sind in Tabelle 7 dokumentiert. Während die KJ1-Statistik die Einnahmen und Ausgaben des Struktur- und Krankenhauszukunftsfonds, die sich neben einem Finanzierungsanteil der Länder durch Zuführungen aus der Liquiditätsreserve speisen, transparent für das Jahr 2023 abbildet – entsprechend 280,94 Mio. EUR für den Strukturfonds sowie 102,83 Mio. EUR für den Krankenhauszukunftsfonds – und für die Berechnungen hier direkt herangezogen werden kann, stützt sich die Schätzung für die fehlende Investitionsfinanzierung der Länder auf eine Bestandsaufnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für das Jahr 2022 (DKG, 2022). Laut DKG besteht eine Lücke zwischen dem jährlichen bestandserhaltenden Investitionsbedarf und den tatsächlich von den Ländern zur Verfügung gestellten Investitionsfördermitteln in Höhe von 3,41 Mrd. EUR. Der Investitionsbedarf ergibt sich bei einem vorliegenden Casemix aus den durchschnittlichen Investitionskosten pro Fall und zeigt auf, wie viele finanzielle Mittel erforderlich wären, um den jährlichen bestandserhaltenden Investitionsbedarf in Abhängigkeit der Fallmengen und -schwere eines Krankenhauses, eines Bundeslandes oder ganz Deutschlands zu decken. Nicht einkalkuliert wurden allerdings die jährlichen Investitionskosten für Universitätskliniken sowie Ausbildungsstätten. Das Gesamtvolumen des Aufgabenbereiches „Krankenhausinvestitionen“ beläuft sich auf rund 3,80 Mrd. EUR.

Tabelle 7 Bepreisung der versicherungsfremden Ausgaben im Zusammenhang mit Investitionen im stationären Bereich

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der KJ1-Statistik (BMG, 2024a) und DKG-Bestandsaufnahme (DKG, 2022)

Leistungskomplex	Leistungsposition	Ausgabenvolumen	Quelle und Datenjahr
Krankenhausinvestitionen	Fehlende Investitionsfinanzierung durch die Länder	3.414.250.000 €	Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (2022)
	Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 Satz 7 SGB V des Gesundheitsfonds am Strukturfonds	280.938.089 €	KJ1-Statistik (2023)
	Fördermittel, Verwaltungskostenerstattung und Kosten der wissenschaftlichen Evaluation des Krankenhauszukunftsfonds	102.824.810 €	KJ1-Statistik (2023)
Gesamtvolumen des Aufgabenbereiches „Krankenhausinvestitionen“	3.798.012.899 €		

3.6 Palliativ- und Hospizversorgung

Die Palliativ- und Hospizversorgung konzentriert sich auf die Linderung von Symptomen und die Verbesserung der Lebensqualität bei schwerstkranken und sterbenden Menschen, ohne eine Heilung der zugrunde liegenden Krankheit anzustreben (BMG, o. J.c). Damit steht sie nicht in direktem Zusammenhang mit der Absicherung eines Krankheitsfalles, wie es die kurative Medizin tut, sondern stellt eine Absicherung der Begleitung des Sterbeprozesses dar. Ihre primäre Zielsetzung ist dementsprechend die Unterstützung und Begleitung in der letzten Lebensphase, was sie von typischen krankensicherungs-basierten Leistungen unterscheidet. Dadurch wird das Kriterium der Verletzung des Versicherungscharakters erfüllt. Des Weiteren kommen die Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung häufig nicht nur den Versicherten selbst zugute, sondern durch die Entlastung der Familien und die Bereitstellung psychologischer Unterstützung auch deren Angehörigen und der Gesellschaft insgesamt (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina & Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften, 2015).

In der nachfolgenden Tabelle 8 sind die einzelnen Positionen im Aufgabenbereich „Palliativ- und Hospizversorgung“ dargestellt und mit einer Kostenschätzung auf Grundlage der KJ1-Statistik für das Jahr 2023 versehen. Die palliative Primärversorgung, die allgemeine Palliativversorgung und die Krankenpflege Sterbender in ihrer häuslichen Umgebung sind in den Berechnungen nicht enthalten, da deren Anteil an den Gesamtausgaben der vertragsärztlichen Versorgung und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V unbekannt ist. Daher ist die hier ausgewiesene Summe des Bereiches in Höhe von knapp 1,40 Mrd. EUR als Mindestvolumen zu betrachten, das insbesondere die spezialisierte Versorgung sterbender Menschen sowie die Förderung der Infrastruktur und der Vernetzung zwischen den Leistungserbringenden beinhaltet.

Tabelle 8 Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen in der Palliativ- und Hospizversorgung für das Jahr 2023

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der KJ1-Statistik (BMG, 2024a)

Leistungs-komplex	Leistungsposition	Ausgaben-volumen	Quelle und Datenjahr
Palliativ-versorgung	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	766.165.646 €	KJ1-Statistik (2023)
	Arzneimittel im Rahmen der SAPV	135.585.275 €	KJ1-Statistik (2023)
	Hilfsmittel im Rahmen der SAPV	34.005.984 €	KJ1-Statistik (2023)
	Heilmittel im Rahmen der SAPV	10.876.233 €	KJ1-Statistik (2023)
Hospizversorgung	Zuschüsse zu stationären Hospizen	328.511.205 €	KJ1-Statistik (2023)
	Förderung ambulanter Hospizdienste	119.728.849 €	KJ1-Statistik (2023)
Palliativ- und Hospizversorgung	Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken nach § 39d SGB V	1.108.037 €	KJ1-Statistik (2023)

Gesamtvolu- men des Auf- gabenberei- ches „Pallia- tiv- und Hos- pizversor- gung“	1.395.981.229 €
---	-----------------

3.7 Telematikinfrastuktur

§ 306 SGB V beauftragt das BMG und die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen – der GKV-SV, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die DKG sowie der Deutsche Apothekerverband e.V. (DAV)) – mit dem Aufbau der Telematikinfrastuktur (TI), die die sektoren- und systemübergreifende Vernetzung von Leistungserbringer:innen, Kostenträgern, Versicherten und weiteren Akteur:innen des Gesundheitswesens ermöglichen soll und für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nach § 291 SGB V erforderlich ist. Die genannten Spitzenorganisationen, einschließlich des Verbands privater Krankenversicherungen (PKV), nehmen ihren Auftrag durch die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) wahr. Gemäß § 311 SGB V gibt die gematik die technischen Vorgaben aus, inklusive eines Sicherheitskonzeptes für TI-Komponenten, -Dienste und -Anwendungen, gestaltet das Datenmanagement innerhalb der TI mit und lässt von der Industrie entwickelte TI-Anwendungen zu.

Obwohl die gematik einen breiten Kreis stimmberechtigter Akteur:innen und weiterer Stakeholder:innen einbezieht und eine Schlüsselrolle bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen innehat, was auf eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe hindeutet, wird sie fast ausschließlich aus GKV-Mitteln finanziert. Die Finanzierungslast verteilt sich dabei zu 93 % auf die GKV, während die PKV die übrigen 7 % der entstehenden Kosten trägt (gematik, o. J.). Die TI, die von der gematik organisiert werden soll, dient jedoch in erster Linie der digitalen Vernetzung und dem Datenaustausch im Gesundheitswesen und kann nicht als eine Leistung im Krankheitsfall betrachtet werden. Darüber hinaus hat die TI eine gesamtgesellschaftliche Wirkung, da sie nicht nur den Versicherten der GKV, sondern auch den Akteur:innen im gesamten Gesundheitswesen – einschließlich der Leistungserbringer:innen und weiterer Stakeholder:innen – zugutekommt. Letztlich handelt es sich beim Aufbau einer flächendeckenden, sektorenübergreifenden digitalen Vernetzung im Kern um eine staatliche Infrastrukturmaßnahme.

Zusammengefasst erfüllt die Finanzierung der TI die Kriterien der Arbeitsdefinition für versicherungsfremde Leistungen und wird im Rahmen der vorliegenden Expertise überwiegend durch die ausgewiesenen Ausgaben für die eGK, die TI, die gematik und die elektronische Patientenakte (ePA) in der KJ1-Statistik bepreist. Wie Tabelle 9 zeigt, fallen darüber hinaus weitere Kosten für die Erstanbindung und den Betrieb der TI bei den Leistungserbringer:innen und im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) an, die aktuell nicht genau beziffert werden können. Daher wurde der Bereich „Telematikinfrastuktur“ mit einer konservativen Schätzung von 1,25 Mrd. EUR an laufenden Kosten für das Jahr 2023 bewertet.

Tabelle 9 Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen für die Telematikinfrastruktur und das Jahr 2023
 Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der KJ1-Statistik (BMG, 2024a) und Einschätzungen der Bundesregierung (2020)

Leistungs-komplex	Leistungsposition	Ausgabenvolumen	Quelle und Datenjahr
Telema-tikinfrastruk-tur	TI, eGK, ePA	1.250.569.289 €	KJ1-Statistik (2023)
	TI-Anbindung von Leistungs-erbringer:innen und des ÖGD	500.000 €	Einschätzung der Bundesregierung im Rahmen des Patientendaten-Schutz-Gesetzes (PDSG) (2023)
	Krankenhausspezifischer Zu- und Abschlag zur Finanzia- rung der bei den Krankenhäusern ent- stehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Rah- men der Einführung und des Betriebes der TI gem. § 377 Abs. 3 SGB V	vorliegend nicht be- stimmbar	vorliegend nicht bestimmbar
Gesamtvolu- men des Aufgabenbe- reiches „Te- lematikinfra- struktur“	1.251.069.289 €		

3.8 Sonstige

Wie in Tabelle 10 dargestellt, sind unter dem Bereich „Sonstige“ eine Reihe volumenmäßig kleinerer Ausgabenbereiche zusammengefasst, die aus Sicht der GKV als versicherungsfremd gelten und zusammen ein für den Betrachtungszeitraum jährliches Volumen in Milliardenhöhe erreichen. Dazu zählen Leistungen für Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, die durch die PauschAV explizit als versicherungsfremde Ausgaben deklariert sind und deren Volumen sich für das Jahr 2023 laut der KJ1-Statistik auf knapp 350 Mio. EUR belief (BMG, 2024a). Auch die Förderung der Versorgungsforschung im Rahmen des Innovationsfonds ist unter dem Bereich „Sonstige“ erfasst, da Forschungsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit gesamtgesellschaftlicher Wirkung darstellt. In diesem Zusammenhang ist die Finanzierung der Dateninfrastruktur im Gesundheitswesen, die die Versorgungsforschung begünstigen soll, ebenfalls als ein versicherungsfremder Bereich der staatlichen Infrastrukturförderung zu betrachten.

Die Finanzmittel für den Innovationsfonds, zu gleichen Anteilen über den Gesundheitsfonds und die Krankenkassen bereitgestellt, betragen für das Jahr 2023 laut der KJ1-Statistik knapp 200 Mio. EUR (BMG, 2024a). Hingegen belaufen sich die Mittel für Datentransparenz laut derselben Quelle auf knapp 17 Mio. EUR (BMG, 2024a). Darüber hinaus fallen Kosten für den Betrieb der Transplantations-, klinische Krebs- und Implantateregister an, die u. a. über Meldepauschalen je gemeldetem Datensatz finanziert werden und aufgrund der hier unbekanntem Größe gemeldeter Datensätze aktuell nicht genau beziffert werden können. Über die Vereinbarung zum Budget der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) für das Jahr 2023 können zumindest die Kosten für den laufenden Betrieb der Transplantationsregisterstelle sowie der Vertrauensstelle auf 1,75 Mio. EUR geschätzt werden (DKG et al., 2023).

Die finanzielle Unterstützung privater Einrichtungen zur Verbraucher:innen- und Patient:innenberatung, die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz und von Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen und -organisationen stellen angesichts des damit verbundenen gesamtgesellschaftlichen Interesses ebenfalls versicherungsfremde Ausgabenbereiche dar und werden über die KJ1-Statistik mit Kosten in Höhe von 135,58 Mio. EUR bewertet (BMG, 2024a).

Maßnahmen zur Förderung der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal, die aufgrund ihres Bildungs- und Qualifizierungscharakters sowie ihrer gesamtgesellschaftlichen Bedeutung zumindest teilweise grundsätzlich in den Verantwortungsbereich der Länder fallen, sind aus dieser Sicht ebenfalls als versicherungsfremd für die GKV zu betrachten. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, Maßnahmen zum Personalausbau in der Krankenpflege, bspw. durch die verbesserte Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie die Kosten für Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildung (sogenannte krankenhausspezifische Ausbildungszuschläge). Deren Gesamtkosten wurden hier auf 246,24 Mio. EUR geschätzt (BMG, 2024a; GKV-SV, 2023a), wobei vorliegend keine Schätzung für die Mehrkosten aufgrund von Ausbildungszuschlägen abgegeben werden konnte, wodurch dieser Bereich wahrscheinlich in diesem Gutachten unterschätzt ist.

Letztlich wurden im Bereich „Sonstige“ solche Leistungen in Zusammenhang mit dem Sicherstellungsauftrag der ambulanten und stationären Versorgung berücksichtigt, die gemäß § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V und § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG in Verbindung mit § 1 Abs. 1 Satz 1 KHG jeweils den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. der KBV und den Ländern obliegen. Einerseits wurden für den ambulanten Sektor Maßnahmen zur Förderung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung einkalkuliert, die insbesondere aus der Bildung der Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V und darüber hinaus der Fonds zur Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes nach § 105 Abs. 1b SGB V bestehen.

Zur Bepreisung der mit den Strukturen des Notdienstes und des Strukturfonds für die vertragszahnärztliche Versorgung verbundenen Ausgaben mussten im Rahmen dieses Gutachtens über einzelne veröffentlichte Berichte der KVen bzw. der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) Hochrechnungen für das Bundesgebiet anhand der durchschnittlichen Leistungsbedarfsanteile der jeweiligen Vereinigungen am Gesamtleistungsbedarf in der GKV durchgeführt werden (KV-Berlin, 2022; KZV Sachsen, 2023). Für den Strukturfonds für die vertragsärztliche Versorgung wurden vorliegend Informationen über die an die KVen ausgezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) herangezogen (KBV, 2023a, 2023b, 2023c, 2023d). Gemäß § 105 Abs. 1a SGB V wurde die Untergrenze der Mindestrückstellungen für den Strukturfonds auf 0,1 % der MGV angesetzt. Es sollte dabei beachtet werden, dass die ausgewiesenen Beträge nur die Finanzierungsanteile der GKV an den Fonds betreffen, obwohl die einzelnen Vereinigungen gleichermaßen zur Finanzierung der Maßnahmen beitragen. Des Weiteren wird angenommen, dass Erstattungen zusätzlicher Kosten durch die GKV für außerordentliche Maßnahmen bei einer Epidemie nach § 105 Abs. 3 SGB V für das Jahr 2023 nicht entstanden sind, obwohl sie zum Sicherstellungsauftrag der ambulanten Versorgung gehören. Dies führt zu einer jährlichen Zusatzbelastung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Umfang von schätzungsweise 63,65 Mio. EUR.

Die zusätzlichen Maßnahmen zur Sicherstellung der stationären Versorgung wurden auf mehr als das Doppelte, nämlich auf 138,11 Mio. EUR geschätzt. Dies betrifft insbesondere pauschale Zuschläge für notwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG und individuelle Zu- und Abschläge im Rahmen der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Aufgrund hier fehlender Datengrundlagen und Referenzwerte wurden individuelle Sicherstellungszuschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 6

des KHG nicht berücksichtigt. Für die Schätzung der Zu- und Abschläge im Rahmen der Notfallstufenvergütungsvereinbarung wurden in diesem Gutachten eine Prognose des GKV-SV aus dem Jahr 2021 über die Einstufung der Krankenhäuser nach den drei Notfallstufen und der Nicht-Notfallteilnahme (GKV-SV, 2021) sowie eine Vereinbarung über Zu- und Abschläge je Krankenhausstandort in Berlin als Richtgröße verwendet (GKV-SV, 2018). Die Kosten für die Erhaltung von Krankenhäusern im ländlichen Raum wurden einer Pressemitteilung des GKV-SV für das Abrechnungsjahr 2023 entnommen (GKV-SV, 2022).

Tabelle 10 Bepreisung der versicherungsfremden Leistungen im Bereich „Sonstige“

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage diverser Datenquellen; siehe Spalte „Quelle und Datenjahr“

Leistungskomplex	Leistungsposition	Ausgabenvolumen	Quelle und Datenjahr
Sicherstellungsauftrag	Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a für die vertragsärztliche Versorgung	25.258.600 €	Formblatt 3 über KBV-Honorarberichte in Verbindung mit Vorgaben gemäß § 105 Abs. 1a (2022)
	Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a für die vertragszahnärztliche Versorgung	714.806 €	Hochrechnung für das Bundesgebiet auf Basis eines Berichtes über die Verwendung der finanziellen Mittel von KZV Sachsen (2023)
	Strukturen des Notdienstes nach § 105 Abs. 1b	37.680.000 €	Hochrechnung für das Bundesgebiet auf Basis eines Berichtes über die Verwendung der finanziellen Mittel von KV Berlin (2022)
	Erstattung zusätzlicher Kosten für außerordentliche Maßnahmen bei einer Epidemie nach § 105 Abs. 3	Annahme: keine finanzielle Auswirkung für 2023	–
	Krankenhausindividuelle Zu- und Abschläge in Zusammenhang mit der Notfallstufenvergütungsvereinbarung	70.108.020 €	GKV-SV-Prognose der Notfallstufen in Verbindung mit Notfallstufenvergütungsvereinbarung (2021)
	Krankenhausindividuelle Sicherstellungszuschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 6 des KHG	vorliegend nicht bestimmbar	–
	Pauschale Zuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum nach § 5 Abs. 2a KHEntgG	68.000.000 €	GKV-SV Pressemitteilung (2023)
	Dateninfrastruktur	Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303a bis 303e SGB V	16.754.606 €
Finanzierung des laufenden Betriebes der Transplantationsregisterstelle sowie der Vertrauensstelle		1.744.070 €	Vereinbarung zum Budget der DSO (2023)
Meldepauschalen für die klinischen Krebsregister und Implantateregister		vorliegend nicht bestimmbar	–

Leistungskomplex	Leistungsposition	Ausgabenvolumen	Quelle und Datenjahr
Empfängnisverhütung	Ärztliche Beratung und Behandlung	286.315.847 €	KJ1-Statistik (2023)
	Krankenhausbehandlung (einschließlich Pflegepersonalkosten)	4.963.017 €	KJ1-Statistik (2023)
	Arznei- und Verbandmittel	58.439.008 €	KJ1-Statistik (2023)
	Investitionszuschlag und übrige Aufwendungen	-31.175 €	KJ1-Statistik (2023)
Förderung von Aus- und Weiterbildung	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V – ambulanter Bereich/Kompetenzzentren	221.975.347 €	KJ1-Statistik (2023)
	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V – stationärer Bereich	20.604.151 €	KJ1-Statistik (2023)
	Förderung des Personalaufbaus in der Pflege nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)	3.664.000 €	Bericht zur Förderung geeigneter Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (2022)
	Krankenhausspezifischer oder landeseinheitlicher Ausbildungszuschlag (Kosten für Ausbildungsstätten und Mehrkosten der Ausbildung) nach § 17a KHG	vorliegend nicht bestimmbar	vorliegend nicht bestimmbar
Innovationsförderung	Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 Satz 5 SGB V des Gesundheitsfonds am Innovationsfonds (Gesundheitsfonds)	99.262.432 €	KJ1-Statistik (2023)
	Finanzierungsanteil nach § 92a Abs. 4 Satz 1 bzw. § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V der Krankenkassen am Innovationsfonds	100.037.134 €	KJ1-Statistik (2023)
Verbraucher:innen- und Patient:innenschutz	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen	94.186.990 €	KJ1-Statistik (2023)
	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher:innen- und Patient:innenberatung	38.369.539 €	KJ1-Statistik (2023)
	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	3.022.634 €	KJ1-Statistik (2023)
Gesamtvolumen des Bereiches „Sonstige“	1.151.069.026 €		

4 Beitragssatzerlegung für das Jahr 2023

Das Vorgehen zur Beitragssatzerlegung für das Jahr 2023 begann mit der Eingrenzung versicherungsfremder Leistungen, die mindestens eines der Prüfkriterien aus der in Abschnitt 2 aufgestellten Arbeitsdefinition erfüllten und eine finanzielle Auswirkung für das Abrechnungsjahr 2023 nach sich zogen. Alle weiteren Leistungen, einschließlich der damit verbundenen Verwaltungskosten, wurden bei der Beitragszerlegung für das Jahr 2023 nicht separat, sondern innerhalb des zusammengefassten Ausgabenblocks „Versicherungsleistungen“ betrachtet.

Auf der Einnahmeseite wurden anschließend die Grundlohn- und Rentensumme gemäß der KJ1-Statistik für 2023 herangezogen, welche insgesamt 1.702,89 Mrd. EUR betragen. Auf dieser Basis erfolgte die Wertermittlung eines Beitragssatzpunktes (BSP), der entsprechend mit einem Betrag von 17,03 Mrd. EUR pro Punkt ermittelt wurde. Für die Einnahmen aus Beiträgen wurden für 2023 im Gesundheitsfonds Beitragseinnahmen inklusive Zusatzbeiträge für den Einkommensausgleich in Höhe von 277,61 Mrd. EUR verbucht (BMG, 2024f). Dies entspricht rechnerisch 16,30 BSP. Hinzu kamen der Bundeszuschuss in Höhe von 16,56 Mrd. EUR (0,97 BSP) für das Jahr 2023 sowie sonstige Einnahmen, wie z. B. Einnahmen aus der Vermögenszuführung nach § 272b SGB V, die sich für das Jahr 2023 insgesamt auf ca. 7,85 Mrd. EUR bzw. 0,46 BSP beliefen (BMG, 2024f).

Demgegenüber standen Ausgaben der Krankenkassen bzw. des Gesundheitsfonds in Höhe von 305,28 Mrd. EUR bzw. 17,93 BSP (BMG, 2024a), die sich aus Ausgaben für Versicherungsleistungen und versicherungsfremde Leistungen zusammensetzen. Für die Bestimmung des Anteils versicherungsfremder Leistungen wurden zunächst die im Abschnitt 3 ermittelten Gesamteurobeträge durch den Wert eines BSP (17,03 Mrd. EUR für 2023) geteilt. Die Berechnungen sind übersichtlich in der nachfolgenden Tabelle 11 dargestellt, wo auch die Verteilung der Ausgaben über die verschiedenen versicherungsfremden Bereiche nachvollzogen werden kann. Zusammen ergaben diese im Betrachtungszeitraum ein Gesamtvolumen versicherungsfremder Leistungen von 59,79 Mrd. EUR, die 3,51 BSP entsprechen.

Der größte Anteil entfiel mit 1,94 BSP auf den Bereich „Beitragsfreiheit“, gefolgt von den Bereichen „Bezuschussung von Bürgergeldempfänger:innen“ und „Familienpolitische Leistungen“ mit jeweils 0,54 bzw. 0,34 BSP. Die versicherungsfremden Ausgaben in den Bereichen „Prävention“ und „Krankenhausinvestitionen“ lagen bei ähnlichen Größenordnungen von 0,24 bzw. 0,22 BSP. Es bleibt abzuwarten, ob dieses Verhältnis angesichts der laufenden Gesetzgebungsverfahren in den kommenden Jahren erhalten bleibt oder ob der Bereich „Krankenhausinvestitionen“ zukünftig einen noch größeren Anteil der versicherungsfremden Ausgaben ausmachen wird. Die Bereiche „Palliativ- und Hospizversorgung“, „Telematikinfrastruktur“ und „Sonstige“ sind mit Blick auf das Finanzvolumen deutlich kleiner und enthielten Belastungen für den Betrachtungszeitraum in Höhe von jeweils 0,07 bis 0,08 BSP. Unter den sonstigen Leistungskomplexen waren die Empfängnisverhütung, die Förderung von Aus- und Weiterbildung sowie die Innovationsförderung am prominentesten vertreten. Laufende gesetzliche und untergesetzliche Verfahren könnten jedoch zu einer Umverteilung der in der Tabelle 11 dargestellten Anteile führen, insbesondere im Hinblick auf die Refinanzierung von Investitionskosten im Krankenhausbereich und auf die Weiterentwicklung der TI. Einen kompakten Ausblick auf die zu erwartende Verteilung versicherungsfremder Leistungen bis 2025 bietet Abschnitt 6.

Tabelle 11 Schätzung der Gesamteurobeträge und BSP der versicherungsfremden Bereiche im Jahr 2023

Quelle: Eigene Berechnungen

Bereich	Ausgabenvolumen	BSP
Bürgergeld	9.218.000.000 €	0,54
Beitragsfreiheit	33.047.531.076 €	1,94
Familienpolitische Leistungen	5.790.658.474 €	0,34
Prävention	4.136.786.176 €	0,24
Krankenhausinvestitionen	3.798.012.899 €	0,22
Palliativ- und Hospizversorgung	1.395.981.229 €	0,08
Telematikinfrastruktur	1.251.069.289 €	0,07
Sonstige, darunter	1.151.069.026 €	0,07
Sicherstellungsauftrag	201.761.426 €	0,012
Dateninfrastruktur	18.498.676 €	0,001
Empfängnisverhütung	349.686.697 €	0,021
Förderung von Aus- und Weiterbildung	246.243.498 €	0,014
Innovationsförderung	199.299.566 €	0,012
Verbraucher- und Patient:innenschutz	135.579.163 €	0,008
Insgesamt	59.789.108.169 €	3,51

Die Abbildung 1 bietet eine strukturierte Übersicht der versicherungsfremden Ausgaben im Jahr 2023 und deren Verhältnis zu den Ausgaben für Versicherungsleistungen sowie zu den GKV-Einnahmen aus den wesentlichen Einnahmequellen, insbesondere zu dem Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen nach § 221 Abs. 1 SGB V. Insgesamt betragen die Einnahmen, ausgedrückt in BSP, 17,73 BSP. Im Vergleich dazu beliefen sich die Gesamtausgaben auf 17,93 BSP, wobei 80,42 % dieser Ausgaben auf Versicherungsleistungen und 19,58 % auf versicherungsfremde Leistungen entfielen. Der rechnerische Unterschied zwischen Einnahmen und Ausgaben in BSP ist auf den Rücklagenabbau bei den Krankenkassen und/oder dem Gesundheitsfonds zurückzuführen.

Die versicherungsfremden Leistungen verursachten 2023 Ausgaben in Höhe von 3,51 BSP, wovon lediglich 0,97 BSP durch den Bundeszuschuss abgedeckt wurden. Folglich mussten die Beitragsmittel nicht nur für die Versicherungsleistungen einschließlich der dafür notwendigen Verwaltungskosten aufkommen, sondern auch für den Großteil der versicherungsfremden Leistungen. Verglichen mit der Höhe des für versicherungsfremde Leistungen vorgesehenen Bundeszuschusses ergab sich eine Unterfinanzierung von 2,54 BSP, was einem Betrag von 43,25 Mrd. EUR entspricht.

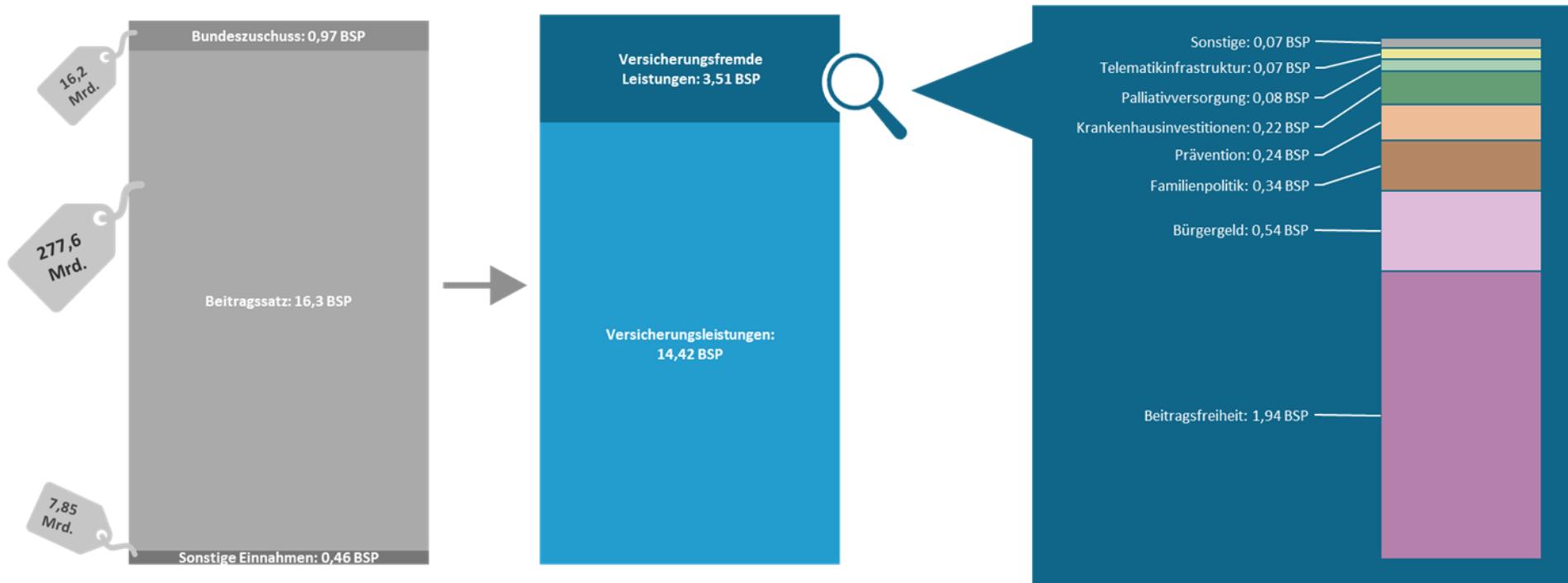


Abbildung 1 Beitragssatzerlegung für das Jahr 2023
 Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen

5 Limitationen

Die in diesem Gutachten vorgestellten Einschätzungen zum finanziellen Umfang der versicherungsfremden Leistungen der GKV unterliegen einigen Limitationen. Bei der Kosteneinschätzung der identifizierten versicherungsfremden Aufgaben (Abschnitt 3) sowie der darauf aufbauenden Beitragssatzzerlegung (Abschnitt 4) wurde das Jahr 2023 als Referenzzeitraum angestrebt. Allerdings war es hier aufgrund fehlender öffentlich zugänglicher Daten sowie weitergehender Informationen nicht durchgängig möglich, dieses Bezugsjahr durchgehend zu verwenden. In diesen Fällen wurde, wenn möglich, auf abweichende Referenzjahre zur Kosteneinschätzung hingewiesen. Trotz variierender Bezugszeiträume für einzelne Kostenzeitschätzungen wurde für die Umrechnung der Gesamtkosten in Beitragssatzanteile einheitlich das Bezugsjahr 2023 beibehalten, was bei einigen Komponenten zu abweichenden Bezugsgrößen führt. Da die beitragspflichtigen Einnahmen stetig steigen, führt die Verwendung einer älteren Schätzung der Kosten versicherungsfremder Leistungen bei der Berechnung des Beitragssatzes normalerweise zu einer Unterschätzung ihres tatsächlichen Einflusses auf den Beitragssatz. Der hier gewählte Ansatz trägt also zu einer eher konservativen Schätzung des Beitragssatzanteils versicherungsfremder Leistungen bei.

Für einige versicherungsfremde Leistungen war zudem eine Schätzung des damit verbundenen Belastungsvolumens aufgrund mangelnder öffentlicher Daten nicht möglich. Diese Aufgaben wurden zwar in Abschnitt 3 erwähnt, fanden jedoch keinen Eingang in die Berechnung des Beitragssatzanteils versicherungsfremder Leistungen in Abschnitt 4. Dieses Vorgehen unterstützt ebenfalls eine tendenziell konservative Schätzung des Beitragssatzanteils.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Kostenschätzungen für einzelne Aufgaben für sich betrachtet zwar präzise erfolgten, sich aber zwischen den einzelnen Leistungen Überschneidungen ergeben können. Diese Überlappungen ließen sich methodisch im Rahmen dieses Gutachtens nicht eindeutig bewerten oder bereinigen. So weist insbesondere die Schätzung der Belastung durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Familienangehörigen Schnittmengen zu einer Reihe weiterer als versicherungsfremd bewerteten Leistungen auf. Auf die Schnittmenge zur Bezuschussung der Bürgergeldempfänger:innen wurde bereits in Abschnitt 3.2 hingewiesen. Beitragsfrei Mitversicherte verursachen aber auch in den als versicherungsfremd deklarierten Ausgabenbereichen der Prävention, der Palliativ- und Hospizversorgung, der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, der Empfängnisverhütung sowie der Betriebs- und Haushaltshilfe anteilig Ausgaben, die aufgrund fehlender Aufgliederung der Ausgabenstatistik nicht näher abgeschätzt werden konnten. Es kann somit angenommen werden, dass an dieser Stelle die Belastungen der GKV tendenziell zu hoch eingeschätzt wurden.

6 Ausblick 2025

Basierend auf der im Abschnitt 4 vorgestellten Beitragssatzerlegung für 2023 lässt sich unter Berücksichtigung erkennbarer Trends, voraussichtlicher Anpassungen des GKV-Regelrahmens und geplanter umfassender Reformvorhaben ein Ausblick auf die Verwendung der GKV-Beitragsmittel, des Bundeszuschusses und sonstiger GKV-Einnahmequellen für das Jahr 2025 wagen. Sowohl auf der Einnahme- als auch auf der Ausgabenseite zeichnen sich bedeutende Änderungen der in Abbildung 1 aufgeführten Bezugsgrößen ab.

Zum einen wird der Bundeszuschuss nach § 221 SGB V bereits für das laufende Jahr 2024 auf 14,5 Mrd. EUR abgesenkt, während die im Koalitionsvertrag der Ampelkoalition geplante Dynamisierung des Bundeszuschusses für das Jahr 2025 noch nicht in Aussicht steht. Des Weiteren ist aktuell eine Tendenz zur Anhebung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes der Krankenkassen zum zweiten Quartal 2024 zu beobachten. Betrag dieser zum Ende des Jahres 2023 noch 1,51 %, zeichnet sich zur Jahreshälfte 2024 ein Anstieg auf 1,69 % ab². Ohne stabilisierende Maßnahmen könnte sich dieser Trend zu einer zunehmenden Beitragsbelastung in den Folgejahren fortsetzen. Bei den sonstigen Einnahmen entfällt ab dem Jahr 2023 die Wirkung der Vermögensabgabe nach § 272b SGB V. Gemäß dem Haushaltsgesetz 2024 (HG 2024) ist das Liquiditätsdarlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds nach § 271 Abs. 3 SGB V für das Jahr 2024 auf 4,00 Mrd. EUR begrenzt. Die Zuweisungserhöhung gemäß § 271 Abs. 2 SGB V sinkt für das Jahr 2024, während die Beiträge für geringfügig Beschäftigte im Vergleich zu 2023 voraussichtlich leicht steigen werden.

Zum anderen ist mit einem Anstieg der Leistungsausgaben zu rechnen, nicht zuletzt aufgrund des Auslaufens stabilisierender Maßnahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG). Dieser Anstieg wird zudem durch eine Erhöhung der Ausgabenvolumen für versicherungsfremde Leistungen beeinflusst. Auf Basis der im Abschnitt 7.3 präsentierten Recherche laufender und abgeschlossener Gesetzgebungsverfahren kann, unter dem Vorbehalt möglicher gesetzlicher Anpassungen, eine Schätzung der Mehrausgaben für versicherungsfremde Leistungen infolge dieser Reformvorhaben ab 2023 erfolgen. Nahezu jeder der in der Expertise betrachteten Aufgabenbereiche versicherungsfremder Leistungen ist von laufenden Gesetzgebungsverfahren betroffen.

Im Bereich „Beitragsfreiheit“ wird das Volumen in der Familienversicherung voraussichtlich aufgrund der Leistungsausgaben weiter ansteigen, während das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) einerseits dazu führt, dass eine neue Versichertengruppe beitragsfrei gestellt wird. Waisenrentner:innen, die einen Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst (als freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr) ableisten, erhalten mit Inkrafttreten des Gesetzes einen Anspruch auf Beitragsfreiheit. Andererseits schließt das GVSG den Zugang zur GKV über die beitragsfreie Familienversicherung für privat versicherte Rentner:innen aus, wenn deren Vollrentenananspruch oberhalb der Gesamteinkommensgrenze der Familienversicherung liegt. Damit wird eine Gesetzeslücke geschlossen, die es bisher ermöglichte, durch temporäres Absenken des Rentenzahlbetrages Zugang zur GKV über den/:/die Ehepartner:in zu erhalten.

Im Bereich „Krankenhausinvestitionen“ ist das Großreformvorhaben des KHVVG von zentraler Bedeutung, da es darauf abzielt, die Finanzierungssystematik der stationären Versorgung grundlegend zu verändern. Besonders relevant für den Umfang versicherungsfremder Aufgaben ist die Beteiligung der GKV an der Mitfinanzierung des Transformationsfonds für Infrastrukturvorhaben im Rahmen der Krankenhausreform. Dieser Fonds soll in den Jahren von 2026 bis 2035 durch Beitragsmittel in Höhe

² Zahlen wurden auf der historisierten Datenbasis des GKV.Finanzbenchmarks (WIG2, o. J.) berechnet.

von schätzungsweise 2,5 Mrd. EUR pro Jahr gespeist werden (BMG, 2024e). Diese Regelung verletzt die ordnungspolitische Aufgabenteilung, die vorsieht, dass die Krankenversicherungen für die Deckung der Betriebskosten zuständig sind, während die Finanzierung der Infrastrukturkosten eine Aufgabe der Daseinsvorsorge des Staates ist. Folglich ist zu erwarten, dass die versicherungsfremden Leistungen im Bereich „Krankenhausinvestitionen“ mindestens um diese Beträge steigen werden.

Im Bereich „Prävention“ fallen zusätzliche Ausgaben durch mehrere neue Gesetze an. Die Verabschiedung des Cannabisgesetzes führt dazu, dass die GKV verstärkt Aufgaben der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20a SGB V übernehmen muss, insbesondere in Bezug auf Heranwachsende (GKV-SV, 2023b). Das geplante Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) erweitert ferner den Anspruch auf bestimmte Präventionsleistungen im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention gemäß § 20 Abs. 6 SGB V. Die Impfmöglichkeiten in Apotheken werden durch das Apotheken-Reformgesetz (ApoRG) erweitert. Möglicherweise fallen dann bei zusätzlicher Inanspruchnahme von Schutzimpfungen in Apotheken auch insgesamt höhere Kosten für Schutzimpfungen an.

Der Bereich „Telematikinfrastruktur“ wird im laufenden Jahr 2024 sowie im kommenden Jahr im Wesentlichen durch zwei Regelungen beeinflusst: Das Digital-Gesetz (DigiG) fördert die Weiterentwicklung von Anwendungen wie der eGK, dem E-Rezept und der ePA und verursacht in beiden Jahren zusammen für die GKV geschätzte Kosten in Höhe von 908,25 Mio. EUR (BMG, 2024b). In dieser Kostenschätzung sind mehrere Posten enthalten, die bei den Krankenkassen voraussichtlich sowohl einmalige als auch laufende jährliche Kosten verursachen. Dazu gehören der Umbau der ePA zu einer Opt-out-Anwendung, der Aufbau eines Widerspruchsverfahrens, die initiale Information über das E-Rezept, die Erstbefüllung der ePA sowie die Digitalisierung und Übermittlung von papiergebundenen medizinischen Altbefunden in die ePA. Weitere Ausgaben in diesem Bereich entstehen für das laufende Jahr 2024 durch die Anpassung des Betrages zur Finanzierung der „Gesellschaft für Telematik“ gemäß der Telematikfinanzierungsverordnung 2024, was gegenüber dem Jahr 2023 Mehrkosten von 9,8 Mio. EUR verursacht.

Ferner sind im Leistungskomplex „Förderung der Aus- und Weiterbildung“ aus dem Bereich „Sonstige“ durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) jährlich zusätzliche Kosten von voraussichtlich 40,4 Mio. EUR für die Finanzierung der hochschulischen Pflegeausbildung zu erwarten (BMG, 2024d). Durch die Streichung der Vorschläge zu Gesundheitskiosken und der Finanzierung neuer Medizinstudienplätze durch die Krankenkassen aus dem offiziell vorgelegten Kabinettsentwurf des GVSG (Bundesregierung, 2024), die in den Arbeitsentwürfen des BMG noch enthalten waren, konnten zusätzliche Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen im Zusammenhang mit der Förderung der Aus- und Weiterbildung sowie dem Verbraucher:innen- und Patient:innenschutz vorerst vermieden werden. Dennoch führen die neu vereinbarten Vergütungspauschalen je Meldung an die Krebs- und Implantateregister (KBV, 2024a, 2024b) zu potenziellen Mehrausgaben im Leistungskomplex „Dateninfrastruktur“ aus dem Bereich „Sonstige“. Die Höhe dieser Mehrausgaben kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend geschätzt werden, da sie wesentlich von der schwer zu prognostizierenden Anzahl der gemeldeten Datensätze abhängt.

Das DigiG hebt darüber hinaus die Befristung des Innovationsfonds auf, was zwar keine Mehrkosten gegenüber dem Jahr 2023 für den Leistungskomplex „Innovationsförderung“ aus dem Bereich „Sonstige“ zur Folge hat, jedoch die Finanzierung des Innovationsfonds als versicherungsfremde Leistung festigt. Im Leistungskomplex „Sicherstellungsauftrag“ aus dem Bereich „Sonstige“ wird durch das Notfallgesetz die Verbesserung der Strukturen der Notdienste geregelt, was laut Schätzungen der Bundesregierung zu zusätzlichen Kosten nach § 105 Abs. 1b von etwa 150 Mio. EUR führen könnte (BMG, 2024c).

7 Methodisches Vorgehen bei der Identifikation versicherungsfremder Leistungen

7.1 Systematische Literaturrecherche

Die Zielstellung dieses Arbeitspaketes bestand darin, zunächst relevante Publikationen aus der wissenschaftlichen Literatur zum Inhalt und Umfang versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung, insbesondere in der GKV, zu identifizieren. Der Fokus lag dabei auf Veröffentlichungen, die nach der Publikation des WIG2 Instituts zur Schätzung des monetären Volumens versicherungsfremder Leistungen in der GKV in Deutschland für das Jahr 2016 erschienen sind (Höpfner et al., 2020).

In einem zweiten Schritt sollten aus den ausgewählten Quellen Prüfkriterien extrahiert werden, anhand derer GKV-Leistungen objektiv als versicherungsfremde Leistungen hergeleitet werden können. Zur Identifikation der Datenquellen dienten zwei komplementäre Recherchewege: Zum einen wurde eine systematische Literaturrecherche in den vier Datenbanken Econstor, De Gruyter, Google Scholar und MEDLINE via PubMed durchgeführt. Zum anderen erfolgte eine stakeholderorientierte Freihandsuche. Unter den Stakeholdern wurden Ministerien, Organe der Selbstverwaltung, Forschungsinstitute, Verbände der Krankenkassen und Leistungserbringer:innen sowie forschende Stiftungen berücksichtigt.

Die Suchstrings, die für die Abfrage in den Datenbanken am 05.06.2024 verwendet wurden, lassen sich in drei thematische Blöcke unterteilen:

- Begriff der versicherungsfremden Leistungen
- Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen
- Spezifische Leistungskomplexe, die im Fachkreis oftmals als versicherungsfremde Leistungen angesehen werden, wie bspw. Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft oder die beitragsfreie Familienmitversicherung

Dabei wurden die Suchbegriffe nach Übereinstimmungen im Titel und Abstract (tiab) oder über sogenannte Medical Subject Headings (MeSH)-Terms geprüft, sofern dies in der Suchmaske der Datenbank sinnvoll war. Bei der Suche in der internationalen PubMed wurden die Begrifflichkeiten ins Englische übersetzt. Um die Literatursuche dennoch möglichst auf den länderspezifischen Kontext einschränken zu können, wurde der Bezug zu Deutschland durch einen MeSH-Term entsprechend ergänzt. Eine Übersicht der eingesetzten Suchstrings bzw. Suchbegriffe je Datenbank und die Anzahl der identifizierten Quellen findet sich in Tabelle 12.

Insgesamt ergab die Suchstrategie einen Trefferpool mit 522 Quellen aus der Datenbanksuche und fünf komplementären Quellen aus der Freihandsuche. Die Ergebnisse der vier Datenbanken wurden gebündelt, um Duplikate identifizieren und entfernen zu können. Für die Sichtung der Titel und Kurzfassungen und die Selektion der Studien wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert, die das Studienziel (versicherungsfremde Leistungen in der Sozialversicherung, insbesondere in der GKV), die Publikationssprache (Englisch und Deutsch), das Erhebungsland (Deutschland) und den Zeitraum (ab 2016) betrafen.

Für die Auswahl der Studien wurden die in der WIG2-Publikation enthaltenen Arbeiten durch neuere Publikationen ab 2016 ergänzt. Nach Prüfung der Kriterien und anschließender Ergänzung relevanter aktueller Arbeiten umfasste die finale Auswahl schließlich 12 hochrelevante Quellen zum Thema versicherungsfremde Leistungen in der GKV. Im folgenden Abschnitt 7.2 werden diese Quellen hinsichtlich des ihnen zugrunde liegenden Verständnisses versicherungsfremder Leistungen diskutiert.

Tabelle 12 Aufbau des Suchstrings und Trefferanzahl je Datenbank

Quelle: Eigene Darstellung

Datenbank	Suchstring	Treffer
Econstor		
1	„versicherungsfremde Leistungen“	5
2	„Krankenversicherung“ OR „Krankenkasse“ „Finanzierung“ OR „Zuschuss“ AND „Prophylaxe“ OR „Selbsthilfe“ OR „Innovationsfond“ OR „Förderung*“ OR „Pflege*“ OR „Pflegebedürftigkeit“ OR „Prävention“ OR „Gesundheitsförderung“ OR „Kinderkrankengeld“ OR „Schwangerschaft*“ OR „Mutterschaft*“ OR „Palliativversorgung“ OR „KHSG“ OR „El- ternzeit“ OR „Mutterschaftsgeld“ OR „Impfung“ OR „Mitversicherung“ OR „beitragsfrei“ OR „Arbeitslosengeld“ OR „Bürgergeld“ OR „Familienversicherung“	4
De Gruyter		
3	versicherungsfremde Leistungen AND pubDate:[2016-01-01 TO *]	82
Google Scholar		
4	"versicherungsfremde Leistungen"	282
MEDLINE via PubMed		
5	„Versicherungsfremde Leistungen“ AND (2016:2025[mdat])	111
6	"Health insurance" AND ("Financing" OR " Subvention") AND „Germany“ [MeSH Terms] AND ("prophylaxis" OR "self-help" OR "innovation fund" OR "funding*" OR "care*" OR "nurs- ing" OR "prevention" OR "health promotion" OR "child sickness benefit" OR "abdominal pregnancy" [MeSH Terms] OR „pregnant woman“ [MeSH Terms] OR "preg*" OR "ma- tern*"OR „hospital, maternity“ [MeSH Terms] OR "palliative" OR „parental leave“ [MeSH Terms] OR „parent*“ OR vaccination [MeSH Terms] OR "co-insurance" OR „family insurance“ OR " contribution-free" OR "unemployment benefit" OR "benefit" OR "non-insurance") AND (2016:2025[mdat])	33

7.2 Definitionen des Begriffes „versicherungsfremde Leistungen“ in der Literatur

Im Rahmen der beschriebenen systematischen Literaturrecherche wurden insgesamt 12 Publikationen hinsichtlich der darin enthaltenen Definition versicherungsfremder Leistungen analysiert. Im Folgenden wird eine Übersicht über die zentralen Ergebnisse der Analyse präsentiert, die als Grundlage für die in Abschnitt 2 dargelegte Arbeitsdefinition des Begriffes „versicherungsfremde Leistungen“ dient.

Die erste relevante Definition stammt vom SVR. Versicherungsfremde Leistungen oder versicherungsfremde Umverteilungen bilden nach Auffassung des SVR jene Leistungen ab, die nicht dem Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Risiken oder dem Versicherungszweck dienen (SVR, 2005). Die Autoren Fichte und Schulemann (2010) entwerfen einen Kriterienkatalog auf Basis des Äquivalenz- und Versicherungsprinzips. Bei Nichterfüllung dieser Kriterien kann von einer versicherungsfremden Leistung ausgegangen werden. Folglich umfassen versicherungsfremde Leistungen das unangemessene Verhältnis zwischen der Versicherungsleistung sowie den gezahlten Beiträgen durch bzw. für die Mitglieder, einen Leistungsanspruch bei Nicht-Zahlung von Beiträgen, einen Leistungsanspruch trotz

fehlenden Krankheitsbezuges, Leistungen eines Aufgabenbereiches anderer Sozialversicherungszweige sowie Leistungen von allgemeinem und gesamtgesellschaftlichem Interesse.

Der GKV-SV liefert in seinem Faktenblatt zum Umfang der Ausgaben versicherungsfremder Leistungen in der GKV keine spezifische Definition des Begriffes (GKV-SV, 2013). Stegmüller und Greß (2014) kritisieren die unpräzise Definition versicherungsfremder Leistungen sowie die Vielzahl unterschiedlicher Definitionen in der Literatur. Die Autoren verstehen darunter grundsätzlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die familienpolitische Leistungen und jene im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft, die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, Jugendlichen und nicht erwerbstätigen Ehegatt:innen umfassen. Auf seiner Internetseite veröffentlicht das BMG Informationen zu versicherungsfremden Leistungen in der GKV (BMG, o. J.b). Darin wird insbesondere auf den Charakter dieser Leistungen als medizinische Angebote verwiesen, die familienpolitisch motiviert oder von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind. Auch der gesamtgesellschaftliche Nutzen versicherungsfremder Leistungen wird betont, ebenso wie ihre Wirkung über die einzelne versicherte Person hinaus.

Meinhardt (2018) verweist auf die soeben erwähnte Begriffsdefinition des BMG. Ergänzt wird diese um die Eigenschaft der Übertragung staatlicher Aufgaben an Gebietskörperschaften und/oder Sozialversicherungsträger. Im Rahmen seines Berichtes an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die finanzielle Lage der GKV macht der BRH deutlich, dass es in der Literatur ein breites Meinungsspektrum hinsichtlich des Umfangs der versicherungsfremden Leistungen gibt und zugleich keine Legaldefinition des Begriffes vorliegt (BRH, 2021). Eine Untersuchung zur Umverteilungswirkung versicherungsfremder Leistungen in der GKV durch das WIG2 Institut 2020 definiert im Kontext der Krankenversicherung versicherungsfremde Leistungen „als medizinische und nicht medizinische Sach- und Geldleistungen, die (auch) außerhalb der Gruppe der Mitglieder wirken (sollen) und keinen direkten oder indirekten Bezug zu einem (potenziellen) Krankheitsfall innerhalb dieser Gruppe aufweisen“ (Höpfner et al., 2020, S. 15).

Im Kontext einer Prognose des GKV-Finanzbedarfes definiert das IGES versicherungsfremde Leistungen als Geld- und Sachleistungen, „die über die Zweckbestimmungen der jeweiligen Sozialversicherung hinausgehen und/oder einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen entfalten“ (Albrecht & Ochmann, 2021, S. 13). Letzterer betrifft Leistungen, die (potenziell) nicht ausschließlich der Gruppe der sozialversicherten Personen bzw. der Mitglieder der Sozialversicherung zugutekommen. Laut Raffelhüschen, Schultis und Schramka (2024) handelt es sich bei versicherungsfremden Leistungen um solche, die an Personen gewährt werden, die keine oder nur unzureichende Beiträge gezahlt haben.

Wesentliche Bestandteile der Definition versicherungsfremder Leistungen in der Literatur werden von Simon (2024) erörtert. Diese umfassen demnach Leistungen, die eine fehlende oder nicht ausreichende Äquivalenz zwischen Beitrag und Leistung erkennen lassen, einen fehlenden Krankheitsbezug aufweisen oder von gesamtgesellschaftlichem Interesse oder Nutzen sind. Simon weist darauf hin, dass der Begriff „versicherungsfremd“ die Forderung nach Beseitigung und Ausgliederung der umfassten Leistungen impliziert und dass das Geschäftsmodell der PKVs als Basis für diese Definition dient. Im Kontext der GKV wird der Begriff „versicherungsfremde Leistungen“ generell abgelehnt. Zuletzt hat auch Heinz Stampf-Finé (2024) konstatiert, dass es keine anerkannte Definition des Begriffes „versicherungsfremde Leistungen“ gibt. Er weist zudem auf unterschiedlichen Definitionen je nach Sozialversicherungszweig hin.

Für einen kompakten Überblick über die in den vorangegangenen Definitionen genannten Kriterien versicherungsfremder Leistungen kann die in Abschnitt 2 dargestellte Tabelle 1 herangezogen werden.

7.3 Systematische Recherche über gesetzliche Änderungen

Das Screening gesetzlicher Neuerungen mit Einfluss auf versicherungsfremde Leistungen erfolgte in mehreren methodischen Schritten. Zunächst wurden relevante Gesetze und Verordnungen identifiziert, die das BMG im Zeitraum von 2016 bis 2024 federführend erarbeitet hatte. Hierfür diente die Datenbank des BMG als Quelle, die laufende und verabschiedete Vorhaben, Gesetze, Verordnungen und Anordnungen enthält. Insgesamt wurden 182 gesetzliche Dokumente gescreent. Um die in den Gesetzesvorhaben diskutierten Maßnahmen umfassend einordnen zu können, wurden zusätzlich Stellungnahmen des GKV-SV und der Krankenkassenartenverbände zu den betreffenden Gesetzen berücksichtigt.

Eine Schlüsselwortsuche in den Gesetzen und Stellungnahmen wurde durchgeführt, um Regelungen zu den als versicherungsfremd definierten Leistungen zu prüfen. Konkret lauteten die verwendeten Schlüsselwörter „versicherungsfremd* Leistung*“, „Steuer*“ und „Beitragszahler*“. Darüber hinaus umfasste die Schlüsselwortsuche die Identifizierung konkreter Leistungen wie Prävention oder Beitragsfreiheit, die in der bisherigen Literatur überwiegend als versicherungsfremd diskutiert wurden. Zudem wurden Schätzungen des Gesetzgebers zu den zu erwartenden Haushaltsausgaben der GKV, sowohl mit als auch ohne Erfüllungsaufwand, geprüft.

Die identifizierten Leistungen wurden mit der bestehenden Übersicht versicherungsfremder Leistungen des WIG2 Instituts aus der Vorgängerexpertise abgeglichen. Von den insgesamt 182 gescreenten gesetzlichen Vorhaben wurde bei 53 ein Einfluss auf versicherungsfremde Leistungen festgestellt. Auf Basis der untersuchten gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen wurden versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2023 in verschiedenen Bereichen festgestellt, die über die Aufstellung der ursprünglichen Übersicht hinausgehen. Diese umfassen insbesondere die Krankenhausinvestitionen, den Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung sowie im stationären Bereich, die Förderung der Dateninfrastruktur durch zusätzliche Aufwendungen für Datentransparenz und den Ausbau von Maßnahmen im Bereich der Aus- und Weiterbildungsförderung.

Im Bereich der Krankenhausinvestitionen wurde bspw. ab dem 01.01.2021 durch das KHZG mit dem Krankenhauszukunftsfonds ein zusätzlicher Fördertopf geschaffen, der teilweise zulasten der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert wird. Aktuell wird auch die Einrichtung eines bis 2035 begrenzten Transformationsfonds im Rahmen des KHVVG, mitfinanziert durch die GKV, diskutiert. Hinsichtlich des Sicherstellungsauftrages sind bspw. die verbindlichen Neuvorgaben für den Strukturfonds in der vertragszahnärztlichen Versorgung und die ab 2021 verbindlichen Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für den stationären Sektor zu nennen.

In Bezug auf die Dateninfrastruktur und die Förderung der Aus- und Weiterbildung sind die Schaffung eines Forschungsdatenzentrums für Sozialdaten durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und die Förderung des Personalaufbaus in der Pflege durch das PpSG zusätzlich berücksichtigt worden.

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*. Ergebnisbericht für die DAK-Gesundheit. IGES Institut (Hrsg.). IGES Institut. Berlin. Online: <https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e26312/e26667/e26668/e26669/attr_objs26717/I-IGES_Kurzanalyse_GKV_Finzen_062021_ger.pdf>.
- AOK-Bundesverband (Hrsg.). (o. J.). *Prävention setzt in unterschiedlichen Situationen an*. Online: <<https://www.aok.de/pp/hintergrund/praevention/primaere-sekundaere-tertiaere-praevention/>>.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (o. J.). *Statistik über die Grundsicherung für Arbeitsuchende SGB II*. Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hrsg.). Online: <<https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Fachstatistiken/Grundsicherung-fuer-Arbeitsuchende-SGBII/Grundsicherung-fuer-Arbeitsuchende-SGBII-Nav.html>>.
- BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). (2023). *Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Jahre 2023 und 2024*. Bonn. Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20231110_SK_2023_Abschlussbericht.pdf>.
- BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). (2024). *GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2022. Stand: 12.01.2024*. Online: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Datenzusammenstellung_und_Auswertung/20240112_GKV_Altersausgabenprofile_1996-2022.xlsx>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023). *Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 220 Absatz 4 SGB V*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/Empfehlungen_des_BMG_fuer_stabile_GKV-Finzen.pdf>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2023). *Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13*. Stand: 21. März 2023. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2022_1_bf.pdf>.

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2024a). *Endgültige Rechnungsergebnisse der Gesetzliche Krankenversicherung für das Jahr 2023 (KJ1-Statistik)*. Stand: 1. Juli 2024. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2023_Internet.pdf>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2024b). *Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Digital-Gesetz – DigiG*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/Kabinettvorlage_Digital-Gesetz-DigiG.pdf>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2024c). *Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. NotfallGesetz – NotfallG*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/NotfallGesetz_RefE.pdf>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2024d). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften. Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PflStudStG_GE_BReg_Kabinett_240523.pdf>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2024e). *Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_RefE.pdf>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2024f). *Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der landwirtschaftlichen Krankenkasse1 im 1.-4. Quartal 2023*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/PM_Anlage_Finanzentwicklung_der_GKV_im_Q4_2023.pdf>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (o. J.a). *Aufgaben und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv/>>.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (o. J.b). *Versicherungsfremde Leistungen*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen.html>>.

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (o. J.c). *Versorgung für Schwerst- kranke und Sterbende*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministe- rium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversiche- rung/schwerstkranke-und-sterbende>>.
- BRH – Bundesrechnungshof (Hrsg.). (2021). *Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Absatz 2 BHO über die finanzielle Lage der ge- setzlichen Krankenversicherung. Teil 2: Gegenstand und Auskömmlichkeit des Bun- deszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung*. Bundesrechnungshof (BRH). (Gz.: IX 1 - 2020 - 0345). Potsdam. Online: <https://www.bundesrechnungs- hof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2021/finanzielle-lage-der-gkv-voll- text.pdf?__blob=publicationFile&v=1>.
- Bundesregierung (Hrsg.). (2019). *Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines Freibe- trages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Al- tersvorsorge. (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz – GKV-BRG)*. Bundesregierung. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Da- teien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/Betriebsrentenfreibe- tragsgesetz_Kabinett.pdf>.
- Bundesregierung (Hrsg.). (2020). *Entwurf eines Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur. Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Da- teien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Gesetzesentwurf_Patien- tendaten-Schutz-Gesetz_-_PDSG.pdf>.
- Bundesregierung (Hrsg.). (2024). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesund- heitsversorgung in der Kommune. Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz– GVSG*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Da- teien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GVSG_GE_Kabi- nett.pdf>.
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina & Union der Deutschen Akade- mien der Wissenschaften (Hrsg.). (2015). *Palliativversorgung in Deutschland. Per- spektiven für Praxis und Forschung : [Stellungnahme*. Unter Mitarbeit v. K. Happe. (Schriftenreihe zur wissenschaftsbasierten Politikberatung). Halle (Saale): Dt. Akad. der Naturforscher Leopoldina.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft, BÄK – Bundesärztekammer & GKV-SV – GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2023). *Vereinbarung zum DSO-Budget für das Jahr 2023 nach § 7 des Koordinierungsstellenvertrages gemäß § 11 TPG*. Online: <[© 2024 – WIG2 GmbH | Bericht](https://www.gkv-</p></div><div data-bbox=)

spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/transplantation/koordinierung/DSO-Budget_2023_2022_11_21.pdf>.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.). (2022). *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern für das Jahr 2022*.

Fichte, D. & Schulemann, O. (2010). Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst*, 90(10), S. 676–682. DOI: <<https://doi.org/10.1007/s10273-010-1135-0>>.

gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (Hrsg.). (o. J.). *Struktur | gematik*. Online: <<https://www.gematik.de/ueberuns/struktur>>.

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2018). *Vereinbarung über Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufenvergütungsvereinbarung)*. Online: <https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.2_Gestuftes-System-Notfallstrukturen/Notfallstufenverguetungsvereinbarung.pdf>.

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021). *Prognose der Notfallstufen nach § 136c Absatz 4 SGB V. Stand 12.05.2021*. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/KH_Corona_Final_Prognose_Notfallstufen_Stand_12-05-2021_barrierefrei.pdf>.

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2022). *68 Millionen Euro Pauschalzuschlag für 136 Krankenhäuser im ländlichen Raum*. [Pressemitteilung]. Berlin. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1463424.jsp>.

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2023a). *Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung geeigneter Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Förderjahren 2019 bis 2022*. Berlin. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/pflegesonderprogramm/Vereinbarkeit_Pflege-Familie-Beruf_Bericht_2019-2022_2023_06_30.pdf>.

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2023b). *Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.11.2023 zum Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften - Cannabisgesetz (CanG)*. Online: <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/2021_2023/231101_Stn_GKV-SV_GesE_CanG.pdf>.

- GKV-SV – Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Hrsg.). (2013). *Faktenblatt. Thema: Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen*. Online: <https://docs.dpaq.de/5927-faktenblatt_ausgaben_versicherungsfremde_leistungen__2013-03-04.pdf>.
- Greß, S. & Stegmüller, K. (2014). *Stellungnahme zum Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2014*. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/283620/63b994967b320398dda62764d18b6bbc/hs-fulda_gress-u-stegmueller-pdf.pdf>.
- Henke, K.-D. (2014). *Anhörung Haushaltsausschuss zum Haushaltsbegleitgesetz 2014*. Deutscher Bundestag, Haushaltsausschuss. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/283616/d330a8db637e012cbf201d0a498cb4da/tu-berlin_henke-pdf-data.pdf>.
- Höpfner, T., Berndt, B., Schäffer, T. & Militzer-Horstmann, C. (2020). *Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit. Expertise*. Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2) GmbH (Hrsg.). (Forschungsberichte des wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Heft 5). Leipzig. Online: <https://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/Forschungsberichte_des_WIG2_Heft_5_Versicherungsfremde_Leistungen_02.pdf>.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2023a). *Honorarbericht Quartal 1/2022*. Online: <https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Honorarbericht_Q1-2022_web.pdf>.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2023b). *Honorarbericht Quartal 2/2022*. Online: <https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Honorarbericht_Q2-2022_web.pdf>.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2023c). *Honorarbericht Quartal 3/2022*. Online: <https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Honorarbericht_Q3-2022_web.pdf>.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2023d). *Honorarbericht Quartal 4/2022*. Online: <https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Honorarbericht_Q4-2022.pdf>.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2024a). *Höhere Vergütung für Meldung von Tumordaten an die Krebsregister*. Online: <https://www.kbv.de/html/1150_67708.php>.

- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2024b). *Implantateregister startet – neue Leistungen im EBM*. Online: <https://www.kbv.de/html/1150_70364.php>.
- KV-Berlin – Kassenärztliche Vereinigung Berlin (Hrsg.). (2022). *Bericht über die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a Satz 5 SGB V sowie über die Verwendung der Finanzmittel für die Sicherstellung des Notdienstes gemäß § 105 Abs. 1b Satz 5 SGB V. Kalenderjahr 2022*. Online: <https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/vertraege_kv_berlin/strukturfonds/strukturfonds_bericht2022.pdf>.
- KZV Sachsen – Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen (Hrsg.). (2023). *Bericht der KZV Sachsen über die Verwendung der finanziellen Mittel des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V im Jahr 2023*. Online: <<https://www.zahnaerzte-in-sachsen.de/fileadmin/Kompendium/KZVS/J-S/KZVS-Bericht-Strukturfonds-2023.pdf>>.
- Meinhardt, V. (2018). *Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung. Expertise für das IMK*. Hans-Böckler-Stiftung (HBS) (Hrsg.). (IMK Study). Düsseldorf. Online: <https://www.boeckler.de/pdf/p_imk_study_60_2018.pdf>.
- Ochmann, R., Albrecht, M. & Schiffhorst, G. (2024). *GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II – Aktualisierung. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld im SGB II*. IGES Institut (Hrsg.). Berlin. Online: <https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e59145/e65990/e65991/e65993/attr_objs66011/Bericht-IGESGKV-AusgabenvonALG-II-Beziehern_2024-05-21_ger.pdf>.
- Raffelhüschen, B., Schultis, S. & Stramka, S. (2024). *Was kostet der Sozialstaat? Sozialabgaben- und Sozialleistungsgedenktag 2024*. Berlin: Stiftung Marktwirtschaft. (Argumente zu Marktwirtschaft und Politik, 175). Online: <<https://www.econstor.eu/handle/10419/296477>>.
- Rürup, B. (2005). *Das Verhältnis von Beitragsfinanzierung und Steuerfinanzierung in der sozialen Sicherung*. Hans-Böckler-Stiftung (HBS) (Hrsg.). Online: <www.boeckler.de/pdf/v_2006_09_01_ruerup.pdf>.
- Simon, M. (2024). ‚Versicherungsfremde Leistungen‘ in der gesetzlichen Krankenversicherung: Kritik eines gesundheitspolitischen Leitbegriffs. *Zeitschrift für Sozialreform*, 70(2), S. 199–224. DOI: <<https://doi.org/10.1515/zsr-2023-0025>>.
- Stapf-Finé, H. (2024). Versicherungsfremde Leistungen in der Sozialversicherung. *Sozialer Fortschritt*, 73(1), S. 55–62. DOI: <<https://doi.org/10.3790/sfo.73.1.55>>.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.). (2005). *Die Chance nutzen - Reformen mutig voranbringen*.

Jahresgutachten 2005/06. Online: <https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga05_ges.pdf>.

WIG2 – Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung GmbH (Hrsg.). (o. J.). *GKV.Finanzbenchmark. Die Finanzkennzahlen aller Krankenkassen auf einen Blick*. Online: <<https://www.wig2.de/analyse-tools/gkv-finanzbenchmark.html>>.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (Hrsg.). (2016). *Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung*. (WD 9 - 3000 - 051/16). Online: <<https://www.bundestag.de/resource/blob/480530/23a869c6255b792438e527625bcb7e46/WD-9-051-16-pdf-data.pdf>>.

Rechtsquellen

BSG – Bundessozialgericht (Hrsg.). (2021). *Unzulässigkeit der Beauftragung und Vergütung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Wahrnehmung von Aufgaben im Zusammenhang mit den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten in der gesetzlichen Krankenversicherung*. [Bescheid der Beklagten (Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit) vom 6. Januar 2016 ist rechtswidrig.]. B 1 A 2/20 R. *BSGE* 132, 114 - 114; *NZS* 2022, 57-66; *RdW* 2021, 570-571; *SGB* 2021, 489-490; *SGB* 2022, 230-240. Online: <https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2021/2021_05_18_B_01_A_02_20_R.html>.

DVG – Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz). *Bundesgesetzblatt*, 2019(Teil I Nr. 49). Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%5B@attr_id='bgbl119s2562.pdf'%5D>.

GKV-BRG – Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz). *Bundesgesetzblatt*, Jahrgang(Teil I Nr. 52). Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%5b@attr_id=%27bgbl119s2913.pdf%27%5d#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s2913.pdf%27%5D__1721393195762>.

GKV-FinStG – Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz). *Bundesgesetzblatt*, 2022(Teil I Nr. 42). Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%5b@attr_id=%27bgbl122s1990.pdf%27%5d#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl122s1990.pdf%27%5D__1721392969809>.

GKV-WSG – Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz). *Bundesgesetzblatt*, 2007(Teil I Nr. 11). Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%5B@attr_id='bgbl107s0378.pdf'%5D>.

GMG – Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. *Bundesgesetzblatt*, 2003(Teil I Nr. 55). Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%5b@attr_id=%27bgbl103s2190.pdf%27%5d#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s2190.pdf%27%5D__1721390102429>.

HG 2024 – Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2024 (Haushaltsgesetz 2024 - HG 2024). Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/hg_2024/HG_2024.pdf>.

KHEntgG – Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) geändert worden ist. Online: <<https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/BJNR142200002.html>>.

KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom Fassung des Artikels 1 Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) G. v. 23.10.2020 BGBl. I S. 2208. Online: <<https://www.buzer.de/gesetz/6105/a84235.htm>>.

KHSG – Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz). *Archivsignatur*, 2015(XVIII/203). Online: <<https://dserver.bundestag.de/gm/18/180203.pdf>>.

KHZG – Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz). *Bundesgesetzblatt*, 2020(Teil I Nr. 48). Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//*/%5B@attr_id='bgbl120s2208.pdf'%5D>.

PauschAV – Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund (Pauschal-Abgeltungsverordnung) vom Fassung des Artikels 57 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts G. v. 12.12.2019 BGBl. I S. 2652; zuletzt geändert durch Artikel 14 G. v. 22.12.2023 BGBl. 2023 I Nr. 408. Online: <<https://www.buzer.de/gesetz/5778/index.htm>>.

PpSG – Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz). *Bundesgesetzblatt*, 2018(Teil I Nr. 45). Online: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//*/%5B@attr_id='bgbl118s2394.pdf'%5D>.

SGB V – Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung vom Artikel 1 G. v. 20.12.1988 BGBl. I S. 2477, 2482; zuletzt geändert durch Artikel 3 G. v. 30.05.2024 BGBl. 2024 I Nr. 173. Online: <https://www.buzer.de/SGB_V.htm>.