

<https://doi.org/10.1007/s00350-023-6510-0>

„Finanzierung der GKV und Finanzierung durch die GKV“

Tagungsbericht der wissenschaftlichen Tagung des Instituts für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht der Goethe-Universität Frankfurt a. M. (inages) am 27. 2. 2023 in Berlin

Friederike Gebhard

Am 27.2.2023 lud das Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht der Goethe-Universität Frankfurt a.M. im Rahmen seiner Frühjahrstagung zu einer Konferenz zum Thema „Finanzierung der GKV und Finanzierung durch die GKV“ in die Räumlichkeiten des AOK-Bundesverbands nach Berlin ein.

Die geschäftsführende Direktorin des Instituts, Prof. Dr. Andrea Kießling, begrüßte das anwesende Fachpublikum aus Gesundheitswesen, -politik und Rechtswissenschaft. Die Tagung solle die Aufgaben der GKV unter Finanzierungsaspekten auf den Prüfstand stellen. Die Frage, was Aufgabe der GKV sei und wie die Ausgabenseite reformiert werden könne, sei zwar kein neues, jedoch ein aktuelles und sich stets aktualisierendes Thema: Stehen Aufgaben und Ausgaben der GKV derzeit in einem angemessenen Verhältnis zueinander? Sollten Aufgaben aus dem Zuständigkeitsbereich der GKV aussortiert werden? Wie kann die Einnahmenseite neugestaltet werden? Welche Rolle darf und soll die GKV bei der Finanzierung neuer Versorgungsstrukturen einnehmen? Wie kann die GKV zukünftig finanziert werden?

Die erste Tageshälfte begann mit Dr. Martin Albrecht, Ökonom und Geschäftsführer des Bereichs Gesundheitspolitik am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES Institut), der die Finanzsituation der GKV vorstellte und die Frage aufwarf, ob die GKV ein Ausgabenproblem hat. Zum Auftakt stellte er klar, dass die Ausgabenentwicklung der GKV nicht losgelöst von der Einnahmenseite beurteilbar sei. Eine Bestandsaufnahme ergebe, dass die GKV jedenfalls „ein Problem mit der Finanzsituation“ habe: Die Finanzen des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen entwickelten sich seit 2014 defizitär. Insbesondere seit 2019 nähmen die Defizite rasant zu und erreichten 2021 trotz eines Bundeszuschusses in Höhe von 5 Milliarden Euro einen vorläufigen Höhepunkt. In 2022 könne ein Defizit voraussichtlich vermieden werden, was allerdings an einem mit 28,5 Milliarden Euro „exorbitant hohen Bundeszuschuss“ liege, von dem vor allem der Gesundheitsfonds profitiere. In Zukunft müsse das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wirken, da ein Bundeszuschuss in dieser Höhe nicht wiederholt werden könne. Es setze den Schwerpunkt der Maßnahmen im laufenden Jahr 2023, wovon Einsparmaßnahmen aber nur einen kleinen Teil ausmachten. Es könne aber voraussichtlich auch für 2023 ein Defizit vermieden werden, weil der Arbeitsmarkt derzeit robust genug und die Einnahmeentwicklung daher stabil sei. Die Haupteffekte der derzeitigen hohen Inflation würden zudem erst 2024 erwartet, dann allerdings rechne das IGES Institut mit einer Finanzierungslücke in Höhe von 15 Milliarden Euro. Um

diese abzufedern, habe die Bundesregierung für Mai 2023 ein Eckpunktepapier angekündigt. Nichtsdestotrotz werde sich die seit 2003 schleichende Entkopplung der Ausgaben einerseits von den Finanzierungsgrundlagen der GKV und der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, gemessen am Bruttoinlandsprodukt, andererseits, bemerkbar machen. Während die Beitragseinnahmen im Jahr 2000 noch rund 97 % der Ausgaben gedeckt hätten, seien es im Jahr 2021 nur noch 87,2 % gewesen, was bislang überwiegend über Steuerzuschüsse ausgeglichen worden sei. Obwohl deren Anteil am Bundeshaushalt relativ konstant geblieben sei, könnten diese nicht dauerhaft in der erforderlichen Höhe aufrechterhalten werden. Zudem werde aufgrund des demographischen Wandels eine Verschiebung der Mitgliederstruktur erwartet: Der Anteil versicherter Rentner, die in der Regel weniger Beiträge zahlten, werde steigen, während die Anzahl der pflicht- und freiwillig versicherten Mitglieder abnehmen werde. Dadurch rechne das IGES Institut mit Einnahmeverlusten von zunächst ca. 1,1 Milliarden pro Jahr bis rund 10 Milliarden Euro im Jahr 2040. Anschließend widmete sich Albrecht einem internationalen Vergleich, indem er jeweils die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den Pflichtsystemen von 36 Staaten¹ in den Jahren 2000 bis 2020 in Relation zu deren gesamtwirtschaftlicher Leistung – gemessen am Bruttoinlandsprodukt – setzte. Es zeige sich, dass die Gesundheitsausgaben in allen Ländern (bis auf fünf Staaten²) überproportional wuchsen. Im internationalen Vergleich liege Deutschland im Mittelfeld, wobei die Gesundheitsausgaben bis 2008 unterproportional ausgefallen seien, während Deutschland von 2009 bis 2020 überproportional viel ausgegeben habe. Das liege vor allem an der Vielzahl von „Ausgabendämpfungsmaßnahmen“³, die zu Anfang der 2000er Jahre ergriffen worden seien⁴. Heute kämen vor allem langfristige Maßnahmen in Betracht, auf Einnahmenseite etwa eine Erweiterung der Beitragsgrundlagen, die „Bürgerversicherung“, Änderungen der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen,

Dr. iur. Friederike Gebhard, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht (inages) Goethe-Universität Frankfurt a.M., Gebäude RuW, Raum 3.126, Theodor-W.-Adorno-Platz 1, 60323 Frankfurt am Main, Deutschland

1) USA, Korea, Chile, Lettland, Estland, Litauen, Tschechische Republik, Türkei, Polen, Slowakei, Ungarn, Irland, Neuseeland, Deutschland, Dänemark, Slowenien, Luxemburg, Schweiz, Finnland, Österreich, Australien, Niederlande, Schweden, Belgien, Island, Großbritannien, Mexiko, Japan, Spanien, Kanada, Norwegen, Israel, Frankreich, Italien, Portugal, Griechenland.
2) Island, Luxemburg, Slowakei, Ungarn und Irland.
3) Als Beispiele wurden genannt: Streichungen aus dem Leistungskatalog, Vergütungsnullrunden, Absenkung der Festbeträge für Arzneimittel, Beeinflussung des Verordnungsverhaltens von Ärzten, Solidarbeiträge von der Pharmaindustrie und den Krankenhäusern, Selektivverträge.
4) Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (v. 15.2.2002, BGBl. I S. 684 ff.); Beitragssatzsicherungsgesetz (v. 23.12.2002, BGBl. I S. 4637 ff.); GKV-Modernisierungsgesetz (v. 14.11.2003, BGBl. I S. 2190 ff.); Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (v. 26.4.2006, BGBl. I S. 984); GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (v. 26.3.2007, BGBl. I S. 378 ff.).

ein Solidarausgleich und eine Reform der Arbeitgeberbeiträge. Vorzugswürdig ist nach *Albrecht* angesichts des demographischen Wandels aber die Förderung des Produktivitätswachstums. Ausgabenseitig stünden Strukturreformen im Krankenhausbereich (Ambulantisierung), Digitalisierung, effizientere Gestaltung der Notfallversorgung und Prozessinnovationen im Fokus, wofür es zunächst Mehrausgaben brauche. Hinsichtlich einer kurzfristigen Finanzstabilisierung kreise die Debatte um Steuerzuschüsse und Beitragserhöhungen auf der Einnahmenseite, um Eigenbeiträgen Versicherter⁵ und indirekte Rationierung auf der Ausgabenseite. Vor allem Rationierungen („Warteschlangen“) brächten aber negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Versicherten mit sich und dürften systematisch nur dort ansetzen, wo sie unschädlich seien. Abschließend resümierte *Albrecht*, dass die ungünstige Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GKV letztlich auf eine suboptimale Ressourcenverwendung zurückzuführen sei. Eine stärkere, zeitnahe Ausgabendämpfung werde daher unausweichlich sein.

Den Problemen der „Finanzierung bevölkerungsbezogener Versorgungsmodelle durch die GKV“ widmete sich anschließend *Prof. Dr. Judith Brockmann*, Leiterin des Fachgebiets Wirtschafts-, Sozial- und Arbeitsrecht am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Kassel. Bevölkerungsbezogene Versorgungsstrukturen stünden der Gesamtbevölkerung, nicht nur GKV-Versicherten zur Verfügung, beispielsweise Impfzentren, Krankenhäuser, Präventionsmaßnahmen und beratend-orientierende Angebote, die nicht Teil der GKV-Regelversorgung seien. Es gehe nicht um ein „Mehr“, sondern um einen Umbau der Versorgungsstrukturen: Ob und wie können bevölkerungsbezogene Versorgungsmodelle in die Regelversorgung integriert, finanziert und die Aufgabenverteilung an die GKV legitimiert werden? Aus juristischer Sicht handle es sich dabei um die Governance-Frage nach einer geteilten Finanzierungsverantwortung für bevölkerungsbezogene Versorgungsmodelle zwischen Steuermitteln und Beitragseinnahmen der GKV, auf die es keine einfache Antwort gebe. Einige Aufgaben fielen sowohl den Sozialversicherungsträgern als auch staatlichen Behörden zu. Exemplarisch nannte *Brockmann* das aktuelle Gesetzesvorhaben der Reform der „unabhängigen Patientenberatung“⁶, nach dem der GKV-Spitzenverband eine privatrechtliche Stiftung gründen solle, die zu 93 % von der GKV und zu 7 % von der PKV getragen werde, da beide Versichertengruppen die Beratung gleichermaßen in Anspruch nehmen dürften. Ein weiteres Beispiel seien geplante Gesundheitskioske, die die Gesundheitskompetenz von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf fördern und gleichzeitig auch einfache Versorgungsleistungen erbringen sollen. Das Initiativrecht solle bei den Kommunen liegen, die dann gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen zur Errichtung verpflichtet seien und neben der GKV mit 75 % und der PKV mit 5 % auch mit 20 % an der Finanzierung beteiligt würden, da Gesundheitskioske auch Aufgaben der Daseinsvorsorge erfüllten. Die Finanzierung beider Vorhaben beleuchtete *Brockmann* aus juristischer Perspektive: Die Unterscheidung von versicherten- und bevölkerungsbezogenen Versorgungsmodellen habe in erster Linie kompetenzielle Gründe, da der Bund zwar im Bereich der Sozialversicherung, jedoch nicht für das gesamte Gesundheitswesen die Gesetzgebungskompetenz inne habe. Entscheidende Aspekte bei der Finanzierung durch die GKV seien der gesetzliche Auftrag der Krankenkassen zur Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Selbstverwaltungsrecht. Diese Vorgaben legte *Brockmann* ihrer Überprüfung der GKV-Finanzierung von bevölkerungsbezogenen Versorgungsstrukturen anhand einer Entscheidung des BSG v. 18.5.2021⁷ zugrunde. Das BSG hatte entschieden, dass die in § 20a SGB V vorgesehenen, leistungsunabhängigen

pauschalen Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aufgrund einer Verletzung des Selbstverwaltungsrechts der Krankenkassen verfassungswidrig seien, weil die Kassen einen Teil ihrer Beitragsmittel für Aufgaben einsetzen müssten, die von staatlichen Behörden erfüllt würden („Quersubventionierung“). Aus der Entscheidung könne aber nicht geschlossen werden, dass der Gesetzgeber keine Finanzierung bzw. Finanzierungsbeteiligung regeln dürfe, da ihm hinsichtlich des Aufgabenzuschnitts der GKV ein weiter Spielraum zukomme. Ebenso gebe es keine gesetzlich vorgegebene Abgrenzung zwischen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben und den Aufgaben der Sozialversicherung. Die Entscheidung sei aber ein Anlass, Fremdsten und versicherungsfremde Leistungen zu hinterfragen, zwischen denen keine klare Abgrenzung möglich sei. Gerade bei den Gesundheitskiosken sei fraglich, ob diese auch von nicht gesetzlich versicherten Personen in Anspruch genommen würden. *Brockmann* sprach sich dafür aus, die Beratungsansprüche der Versicherten als Leistung zu normieren, weil dann deutlich werde, wo Aufgaben der GKV lägen. Es werde jedenfalls nicht gelingen, einerseits Aufgaben der gesamtgesellschaftlichen Versorgung entweder dem ÖGD oder der staatlichen Finanzierungsverantwortung bzw. andererseits originäre Sozialversicherungsaufgaben nur der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuweisen. Zudem erforderten bevölkerungsbezogene Versorgungsmodelle gemeinsame Finanzierungsstrukturen und – wenngleich aber nach der „Jobcenter-Entscheidung“ des BVerfG keine institutionelle – Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren. Das Recht müsse Strukturen zur Verfügung stellen, die die Versorgungsqualität verbessern und Einsparungen ermöglichen. Einfachste Lösung sei die Schaffung einer Identität zwischen Versicherten und der Bevölkerung durch eine „Bürgerversicherung“, die die Diskussion solcher Probleme obsolet mache, weil dann nicht mehr ermittelt werden müsse, für wen Versorgungsangebote gemacht seien und wer sie letztlich in Anspruch nehme.

Vor der Mittagspause brachte *Prof. Dr. Ueli Kieser*, Titularprofessor für Sozialversicherungsrecht und Gesundheitsrecht am Institut für Haftpflicht der Universität St. Gallen, dem Publikum eine rechtsvergleichende Sicht näher, indem er sich mit „Rationierung in der Krankenversicherung aus Schweizer Sicht“ befasste. Dürfen Leistungen eingeschränkt werden? Wie könnten die Vergütungen für erbrachte Leistungen rationiert werden? Im Zentrum der Überlegungen stünden die sogenannten WZW-Voraussetzungen (Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit) gem. Art. 32 des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG), unter denen die Krankenversicherungen die versicherten Leistungen übernehmen müssen. Sie seien bei jeder eingereichten Rechnung zu überprüfen, das Kostenrisiko trage der Leistungserbringer, der der Krankenkasse die Kosten in Rechnung stelle. Die Krankenversicherung hingegen trage die Beweislast für das Nichtvorliegen der Kriterien. Dabei bedeute „Wirksamkeit“ die prinzipielle Eignung der Behandlungsmethode, Besserung zu erreichen, was bei Arzneimitteln in der Regel durch Doppelblindstudien nachgewiesen werde. Die „Wirtschaftlichkeit“ entfalle ganz oder teilweise, wenn es andere, kostengünstigere Behandlungsmethoden gegeben hätte. Hier verortete *Kieser* die Frage der Zulässigkeit von absoluten Kostenübernahme-Ober-

5) *Albrecht* nannte hier die Praxisgebühr als Beispiel und wies darauf hin, dass diese zwar eine Finanzierungsfunktion gehabt habe, die ihr ebenfalls zugeordnete Steuerungsfunktion indes nur unzureichend erfüllt habe.

6) Gesetzentwurf der BReg. eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung, BT-Dr. 20/5334.

7) BSG, Urt. v. 18.5.2021 – B 1 A 2/20 R = NZS 2022, 57.

grenzen im Einzelfall, die in mehreren Gerichtsentscheidungen aufgeworfen, aber dann nicht entschieden⁸ oder in einer Grundsatzentscheidung abgelehnt⁹ worden war. Weil die QALY-Methode¹⁰ noch nie für maßgeblich erklärt worden sei, müssten auch äußerst teure Behandlungen vergütet werden. Besonders diffizil sei die Bestimmung der Zweckmäßigkeit, die nur bei einer Angemessenheit zwischen positiver Haupt- und negativer Nebenwirkung der Behandlung vorliege. *Kieser* nannte hier die äußerst teure Herzoperation eines 95jährigen Mannes mit geringer Lebenserwartung selbst bei geglückter Operation, bei der die Krankenversicherung die Zweckmäßigkeit verneinte. Auch in der Schweiz stelle sich aber die Frage, ob und wie Kosten der GKV stabilisiert bzw. ihr Anstieg gedämpft, durch ein Globalbudget begrenzt oder durch die Vorgabe bestimmter Behandlungsmethoden gesteuert werden können. Ausgangspunkt sei ein Bericht von Experten aus dem Ausland vom August 2017¹¹, den der Bundesrat in Auftrag gegeben hatte und der ein „Globalbudget“ vorschlug, was vom Bundesrat allerdings abgelehnt wurde. Es schlosse sich die Frage an, ob ein Globalbudget überhaupt geregelt werden dürfe, da die Sozialversicherung, die dadurch gekennzeichnet sei, dass die versicherten Leistungen beim Eintritt eines Risikos auch erbracht werden, verfassungsrechtlich geschützt sei. Es dürfe nicht sein, dass Leistungen nach Erschöpfung eines Kontingents nicht mehr erbracht würden. Weiterer Ausgangspunkt der Diskussion sei eine Volksinitiative¹², die voraussichtlich im Jahr 2024 einer Volksabstimmung unterstellt werde und die ab einem Kostenwachstum pro Person um ein Fünftel über der Nominallohnentwicklung Begrenzungen der Kostenerstattung festlegen wolle, damit die Prämien bezahlbar blieben. Allerdings verursachten gerade fortschrittliche Behandlungsmethoden oft Kosten, die in keiner Relation zum Nominallohn stünden. Der schweizerische Bundesrat habe sich angesichts dessen für mehrere Maßnahmenpakete zur Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich, zur Datenbekanntgabe im ambulanten Tarifwesen, zu Pilotprojekten sowie einer nationalen Tariforganisation entschieden: Die meisten Leistungen der Krankenversicherung würden bislang über Tarifverträge zwischen den Krankenversicherungen und den Organisationen der Leistungserbringenden erstattet, was nun national koordiniert werden soll. Anschließend würden die Tarifpartner gemäß Art. 47c Abs. 1, 5 KVG nach einem Monitoring zu Mengen, Volumen und Kosten dazu verpflichtet, eventuelle Korrekturen bei nicht erklärbaren Entwicklungen im Tarifvertrag vorzusehen, in dem dann festgelegt werden müsse, bei welchen nicht beeinflussbaren Faktoren es hingegen keiner Korrekturmaßnahmen bedürfe. Das sei ein massiver Eingriff in die Tarifautonomie. Neben einem gerichtlichen Beschwerdeverfahrenrecht der Versichererorganisationen gegen die kantonale Spitalplanung enthalte das Paket einen Gegenvorschlag zur Volksinitiative, nach dem es zwar Kostenziele, aber keine strikte Bindung an die Nominallohnentwicklung geben solle. Es gehe insbesondere um die Korrektur nicht mehr sachgerechter oder unwirtschaftlicher Tarife, was freilich ebenfalls einen Eingriff in die Tarifautonomie bedeute. Abschließend sei aber festzuhalten, dass die Gesundheitskosten auch in der Schweiz anstiegen, eine Ursachenforschung aber diffizil sei. Um das hohe Niveau zu halten, würden Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen diskutiert, denen jeweils die Kernfrage zugrunde liege, ob eher gesetzliche Regelungen oder freiheitliche Steuerung im Sinne von Konkurrenz erfolgreich seien.

Den ersten Aufschlag in der zweiten Tageshälfte machte *Prof. Dr. Lars Hummel*, Professor für Öffentliches Recht, Finanz- und Steuerrecht an der Universität Hamburg, der sich mit Sonderabgaben des Bundes als alternatives Finanzierungsinstrument sozialer Sicherung befasste. Diese seien ein zunehmend auch im Bereich sozialer Sicherung

eingesetztes Instrument des Staates, um sich „unterhalb der Wahrnehmungsschwelle zu finanzieren“. Die Rechtfertigung von Sonderabgaben, die gegenüber anderen Abgabarten abgegrenzt werden müssten, folge aus dem System der öffentlichen Abgaben: Eine öffentliche Abgabe sei als Geldleistungspflicht definiert, die einseitig hoheitlich auferlegt werde und deren Gläubigerin die öffentliche Hand sei, wobei zwischen Steuern gemäß § 3 Abs. 1 AO (Gemeinlasten) und Sonderlasten unterschieden werden müsse. Steuern folgten nur einem Tatbestand, es bedürfe keines rechtfertigenden Elements, denn nach der Finanzverfassung des Grundgesetzes (Steuerstaatsprinzip) erfolge die Finanzierung staatlicher Aufgaben grundsätzlich aus Steuern, die allen nach den gleichen Kriterien gleichermaßen auferlegt werden (Lastengleichheit). Sonderlasten wie Vorzuglasten (Gebühren, Beiträge, Verbandslasten), Sozialversicherungsbeiträge und Sonderabgaben mit Finanzierungsfunktion hingegen, die für eine korrespondierende Leistung des Staates auferlegt werden, bedürften demnach durchgehend einer Rechtfertigung. Zur Abgrenzung komme es nur darauf an, ob eine Abgabe materiell eine Steuer sei. Problematisch seien insbesondere Sonderabgaben mit Finanzierungsfunktion, welche der Steuer bedenklich ähnlich seien und mit der Geltungskraft der Finanzverfassung (Art. 105 ff. GG), der Belastungsgleichheit der Abgabepflichtigen (Art. 3 Abs. 1 GG) sowie der Vollständigkeit des Haushaltsplans (Art. 110 Abs. 1 Halbs. 1 GG) gleich drei verfassungsrechtliche Prinzipien berührten. Das BVerfG habe daher judiziert, dass Sonderabgaben mit Finanzierungsfunktion stets die Ausnahme bleiben müssten und deren Zulässigkeitsvoraussetzungen hergeleitet¹³: Der Gesetzgeber dürfe 1) mit der Sonderabgabe nur einen Sachzweck bedienen, der über bloße Mittelbeschaffung hinausgehe und 2) eine homogene Gruppe treffe, die materiell von anderen Gruppen und der Allgemeinheit abgrenzbar sei und die 3) in einer spezifischen Beziehung zum mit der Abgabe verfolgten Zweck stehe („bes. Finanzierungsverantwortung“). 4) muss das Abgabebefolgen im Interesse der abgabepflichtigen Gruppe verwendet werden, wobei ein mittelbarer Vorteil ausreiche, etwa dadurch, dass die Gruppe potenziell für Schäden verantwortlich sei, für die ein Fonds nun hafte („versicherungsnahe Lösung“). Solle die Sonderabgabe über einen längeren Zeitraum erhoben werden, müsse 5) regelmäßig überprüft werden, ob ihre Rechtfertigung noch vorläge und 6) müsse die Sonderabgabe im Interesse einer demokratischen Kontrolle haushaltsrechtlich vollständig dokumentiert werden¹⁴. Jede dieser Voraussetzungen verdeutliche den Ausnahmeharakter der Sonderabgabe und reagiere auf die mit ihr verbundenen Verfassungsgefährdungen. *Hummel* kritisierte jedoch, dass die verfassungsgerichtliche Beurteilung von Sonderabgaben sich zunehmend von den verfassungsrecht-

8) In BGE 136 V 395 (v. 23. 11. 2010) wurde eine Erstattungs-Obergrenze von 100.000 CHF pro gerettetes Menschenlebensjahr diskutiert.

9) BGE 145 V 116 (v. 1. 4. 2019).

10) Es handelt sich um eine Methode, anhand derer durch Multiplikation der (erwarteten) Lebensjahre mit dem Nutzwertgewicht des Gesundheitszustandes, d. h. der durchschnittlichen Lebensqualität, mit der die jeweiligen Jahre verbracht werden, die „Quality Adjusted Life Years“ ermittelt werden, *Pschyrembel* online, <https://www.pschyrembel.de/Quality%20Adjusted%20Life%20Years/HOFKW> (Zugriff am 6. 3. 2023).

11) www.news.admin.ch/FMessage?FMessageId=2F50084.pdf&usg=AOvVaw21GnIP3tcwb-mgxdorBjJUL (Zugriff am 6. 3. 2023).

12) Sog. „Kostenbremse-Initiative“.

13) Vgl. grundlegend BVerfGE 67, 256, 285 f. – „Investitionshilfegesetz“.

14) BVerfGE 55, 274, 298, 303 f., 305–308; 67, 256, 275–277; 75, 108, 147 f.; 82, 159, 179–181; 108, 186, 218 f.

lichen Determinanten ihrer Erhebung entferne. So wolle das Gericht mittlerweile die Gruppennützigkeit aus der besonderen Finanzierungsverantwortung, diese wiederum aus einem evidenten Gruppennutzen und diesen wiederum aus einer zweckentsprechenden Verwendung folgen lassen. Es reiche also nunmehr aus, einen Finanzierungszweck zu bestimmen, der mit Sonderabgaben erfüllt werden solle, da dann alle weiteren Voraussetzungen zwangsläufig vorlägen. Durch diese rechtstatsächliche Handhabung werde aber die Begrenzungs- und Schutzfunktion der Finanzverfassung ausgehebelt. Für den Bereich der sozialen Sicherung bedeute das erstens, dass es bei der Erhebung von Sonderabgaben nicht nur um reine Finanzierung gehen dürfe. Sollte zweitens die Gruppe der Sozialversicherten diejenige sein, die mit Sonderabgaben belastet werden solle, wäre sie mit der Gruppe der Steuerzahler nahezu identisch und somit keine homogene Gruppe. Nähme der Gesetzgeber drittens eine besondere Finanzierungsverantwortung in Anspruch, könne diese aber nicht die gleiche sein wie diejenige, die den Sozialversicherungsbeiträgen zugrunde liegt: Sonderabgaben müssten also zwingend von Sozialversicherungsbeiträgen abgegrenzt werden. Bei Sonderabgaben mit Finanzierungsfunktion im Bereich der Sozialversicherung müsse zwischen den unmittelbar begünstigten Beitragszahlern einerseits und den Arbeitgebern andererseits differenziert werden: Bei ersteren seien die Sozialversicherungsbeiträge gerechtfertigt, weil ihnen gerade der Versicherungsschutz zukomme. Das könne bei Sonderabgaben mit Finanzierungsfunktion hingegen kein Grund für Finanzierungsverantwortung sein, da das Kennzeichen der Sozialversicherung gerade der soziale Ausgleich sein soll. Die Gruppe der Arbeitgeber hingegen habe zwar keinen unmittelbaren Nutzen von einer ihnen auferlegten Sonderabgabe mit Finanzierungsfunktion, wenn die Zahlungsverpflichtung aber aus der besonderen Verantwortlichkeit für die Arbeitnehmer hergeleitet werden soll, entspreche dieser Grund schon der Verantwortlichkeit, mit dem von ihnen Sozialversicherungsbeiträge erhoben werden. Sonderabgaben mit Finanzierungsfunktion seien im Bereich der Sozialversicherung also für beide Gruppen unzulässig, würden jedoch trotzdem als potenzielle Finanzierungsmöglichkeit für die Sozialversicherung entdeckt, was, so *Hummel*, in rechtssoziologischer Hinsicht auch damit zusammenhänge, dass die Einführung von Sonderabgaben – anders als bei Steuern – öffentlich kaum wahrgenommen werde.

Den Abschluss bildete das Referat von *Grit Genster*, Leiterin des Bereichs Gesundheitspolitik bei ver.di, zum Thema „Beitragsgerechtigkeit und Belastungsgerechtigkeit“, durch das auch die Sicht der beitragszahlenden Arbeitnehmer zu Wort kam. Die GKV stehe vor immensen Herausforderungen, da Leistungsausgabesteigerungen zuletzt nicht kompensiert worden seien, während die Mehrausgaben jedoch kaum zu Verbesserungen der Versorgung geführt hätten. Als Beispiel diene hier das Terminservice- und Versorgungsgesetz¹⁵, durch das Arztpraxen extrabudgetär für eine eigentliche Kernaufgabe vergütet worden seien. Der demographische Wandel und die zu erwartenden Mehrausgaben aufgrund technologisch-medizinischer Fortschritte würden die bestehende Finanzierungslücke in Höhe von rund 17 Mrd. Euro noch verstärken. Aus gewerkschaftspolitischer Perspektive stehe deshalb das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz im Fokus, das trotz starker Kritik zur Abfederung dieses Finanzierungsengpasses erlassen wurde. *Genster* stellte die wesentlichen Inhalte des Gesetzes vor (erhöhter Steuerzuschuss von 2 Mrd. Euro, Bundesdarlehen, Steigung der Zusatzbeiträge um 0,3 Prozentpunkte, Begrenzung des Anstiegs der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen) und kritisierte, dass

ein Rückgriff auf Kassenrücklagen und Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds vorgesehen sei¹⁶. Außerdem würden anstehende Mehrausgaben wie etwa bedarfsorientierte Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus nicht berücksichtigt. Beitrags- und Belastungsgerechtigkeit werde durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz schon deshalb nicht hergestellt, weil die gesetzlich Versicherten den Löwenanteil an der Abfederung des Finanzierungsengpasses zu tragen hätten, während nur rund drei Mrd. Euro durch die Leistungserbringer getragen würden. Das Gesetz führe nicht zu einer nachhaltigen und solidarischen Stärkung der Finanzlage der GKV, da wesentliche Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag, wie etwa die Dynamisierung des Bundeszuschusses, nicht umgesetzt würden. Ver.di fordere daher, dass die Steuerungsverantwortung der sozialen Selbstverwaltung überlassen bleiben solle, strukturelle Reformen auf Seiten der Leistungserbringer umzusetzen seien und der Bund sich durch kostendeckende Beiträge für Bürgergeld-Bezieher, reduzierte Mehrwertsteuer für GKV-Leistungen und die präzise Definition und Finanzierung versicherungsfremder Leistungen angemessen an der Finanzierung beteilige. Eine weitere Kürzung des GKV-Leistungskatalogs sei jedoch nicht der richtige Weg, vielmehr müsste dieser an mehreren Stellen (Brillen, hochwertiger Zahnersatz) wieder ausgebaut werden. Bei Verbeitragungen müsse außerdem abhängig von wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und Einkommen die Einnahmeseite gestärkt werden. Die Versicherungspflichtgrenze solle perspektivisch auf 5.500 Euro/mtl. und die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben werden. Die Verbesserung und Wiederherstellung der Gesundheit der Versicherten gehe in jedem Fall vor Gewinnstreben, Ausgabensteigerung müsse immer Versorgungsverbesserung bedeuten. An den Vortrag schloss sich im Auditorium eine rege Debatte um die Definition von „versicherungsfremden Leistungen“ an.

Prof. Dr. Andrea Kießling beschloss die Tagung mit einer kurzen Zusammenfassung der umstrittensten Diskussionspunkte und gab einen Ausblick auf die nächste Tagung des *ineges*, die im September in Frankfurt stattfinden und sich mit Fragen rund um das Vertragsarztrecht befassen wird.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

15) TSVG v. 6. 5. 2019, BGBl. I S. 646 ff.

16) Gerade Versicherungsfälle mit hochpreisigen Arzneimitteln (z. B. Zolgensma®) könnten kleinere Krankenkassen in Existenznöte versetzen, weshalb krankenkassenindividuelle Liquiditätsrücklagen wichtig seien.