

# RPG

Band 30 | Heft 3 | 2024

3 | 2024

## RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

### ■ Zur Diskussion gestellt

**Impact-Bewertung ausgewählter  
Reformvorschläge zur Finanzierung  
der Gesetzlichen Krankenversicherung**

**Zeit, dass sich wieder was dreht?!**

83

#### HERAUSGEBER

V. Ulrich  
S. Huster  
G. Marckmann  
E. Wille  
G. Ulrich  
J. Stoschek (Schriftleiter)

#### MITHERAUSGEBER

St. Allroggen  
B. Brennecke  
G. Demmler  
K. Kemmritz  
A. Kießling  
O. Kirst  
M. Meyer  
G. Noelle  
S. Postel  
U. A. Richter  
C. Schmidtke  
G. Schulte  
K. Schulz-Asche  
T. Sorge  
A. Tecklenburg  
J. Zerth

#### Autoren des Heftes

Ulf Birke  
Daniel Gensorowsky  
Wolfgang Greiner  
Kerstin Kemmritz  
Eberhard Wille  
Julian Witte

# GRPG

GESELLSCHAFT FÜR RECHT UND POLITIK  
IM GESUNDHEITSWESEN E. V.

PLANIMED

## Editorial

Angesichts einer im kommenden Jahr zu erwartenden Finanzierungslücke von etwa 17 Milliarden Euro in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind nachhaltige Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen mehr denn je gefragt. Ein Rückgriff auf Reformvorschläge, die in den vergangenen Jahrzehnten bereits auf dem Tisch lagen, könnte dabei hilfreich sein. Für fünf Reformvorschläge, die in der politischen Mitte konsensfähig sein dürften, finden Sie in diesem Heft die Ergebnisse quantitativer Analysen zu den potenziellen Auswirkungen. Von der Gegenüberstellung und Bewertung der verschiedenen Reformoptionen erhoffen sich die Autoren ein Mehr an Rationalität im politischen Diskurs – ein Anliegen, dem sich auch die GRPG verpflichtet fühlt.

Dass sich im Gesundheitswesen die gesetzlichen Rahmenbedingungen immer wieder verändern, ist nichts Neues. Bei den Apotheken hat dies über die Jahre unter anderem zu einem höchst komplexen System unterschiedlicher Honorarelemente geführt. Höchste Zeit also, dass sich was ändert, meint Kerstin Kemmritz, Mitglied im Präsidium der GRPG.

Jürgen Stoschek  
Geroldsreuth 61  
95179 Geroldsgrün

## Zur Diskussion gestellt

Impact-Bewertung ausgewählter Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

*Daniel Gensorowsky | Wolfgang Greiner*

*Julian Witte | Eberhard Wille | Ulf Birke*

43

Zeit, dass sich wieder was dreht?!

*Kerstin Kemmritz*

51

## Aus der Rechtsprechung

59

## Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die *Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. GRPG* hat es sich zum Ziel gesetzt, den interdisziplinären Austausch und die wissenschaftliche Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes wie auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zu fördern. Darüber hinaus möchte die GRPG zu einem verbesserten gegenseitigen Verständnis im Gesundheitswesen beitragen und dazu rechtliche, volkswirtschaftliche, ethische und medizinische Gesichtspunkte vertiefen.

Vor diesem Hintergrund schreibt die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 3000 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten, bevorzugt von Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern, aus. Die Arbeit muss sich mit Themen aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsrecht oder Gesundheitspolitik beschäftigen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf – mit Ausnahme von Dissertationen und Masterarbeiten – in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die GRPG nimmt Bewerbungs-Arbeiten für den 30. Wissenschaftspreis bis zum Eingangsschluss 31. Mai 2025 an. Zusendung der Arbeiten und der jeweiligen Gutachten (Erstgutachten und falls vorhanden auch Zweitgutachten) in zweifacher Ausfertigung an: Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München.

Weitere Informationen wie die Satzung des Wissenschaftspreises und der Gesellschaft erhalten Sie unter [www.grpg.de](http://www.grpg.de) oder in der GRPG-Geschäftsstelle.

# Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

## HERAUSGEBER

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich  
Lehrstuhl VWL und Gesundheitsökonomie  
Universität Bayreuth  
Universitätsstraße 30  
95447 Bayreuth

Prof. Dr. jur. Stefan Huster  
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie  
Ruhr-Universität Bochum  
Universitätsstraße 150  
44801 Bochum

Prof. Dr. med. Georg Marckmann,  
MPH Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
Universität München  
Lessingstraße 2  
80336 München

Prof. Dr. Eberhard Wille  
Universität Mannheim  
L7, 3-5  
68131 Mannheim

Dipl.-Volkswirtin Gaby Ulrich  
Böttgerweg 3  
95448 Bayreuth

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek  
(Schriftleiter)  
Geroldsreuth 61  
95179 Geroldsgrün

## MITHERAUSGEBER

St. Allroggen  
B. Brennecke  
G. Demmler  
K. Kemmritz  
A. Kießling  
O. Kirst  
M. Meyer  
G. Noelle  
S. Postel  
U. A. Richter  
C. Schmidtke  
G. Schulte  
K. Schulz-Asche  
T. Sorge  
A. Tecklenburg  
J. Zerth

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2024 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

## VERLAG

PLANiMED  
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation mbH  
Holmblick 10  
24857 Fahrdrorf  
Telefon 04621 39 29 951  
Telefax 04621 39 29 949  
E-Mail: info@planimed-online.de

*Bankverbindung:* Volksbank Ulm-Biberach  
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreislise: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2024 PLANiMED  
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation mbH

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Daniel Gensorowsky | Wolfgang Greiner | Julian Witte | Eberhard Wille | Ulf Birke

# Impact-Bewertung ausgewählter Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung<sup>1</sup>

## Einleitung

Bestmögliche Gesundheit in einer alternierenden Gesellschaft sicherzustellen und externe Schocks wie Pandemien abzuwehren, sind nur zwei von vielen Herausforderungen unserer Zeit. Medizinischer Fortschritt ist ein zentraler Teil der Antwort. Ein modernes und zukunftsorientiertes Gesundheitssystem schafft und sichert den Zugang zu Innovationen. Hierfür sind solide Finanzen eine unabdingbare Voraussetzung.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat in den zurückliegenden 25 Jahren Höhen und Tiefen in ihrer Entwicklung erlebt. Auch dies ist ein Grund dafür, dass jede neue Regierung zu Beginn der Wahlperiode die GKV-Finanzierung auf die politische Agenda hebt. Damit verbundene politische Vorhaben sollen nicht nur die Finanzierung der GKV sichern. Sie sollen auch den finanzpolitischen Rahmen für die gesundheitspolitischen Vorhaben der jeweiligen Bundesregierung gewährleisten.

Nach Jahren finanzpolitischer Überschüsse haben u. a. die zahlreichen Leistungserweiterungen der letzten Wahlperiode, die Auswirkungen der Pandemieversorgung, eine einbrechende konjunkturelle Lage sowie externe Schocks wie die Folgen des Ukraine-Krieges das finanzielle Blatt der

GKV ins Gegenteil gewendet. Vor dem Hintergrund einer erwarteten Finanzierungslücke in Höhe von rund 17 Mrd. Euro wurde mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) im Oktober 2022 ein umfassendes Spargesetz für die GKV verabschiedet. Neben kurzfristig wirksamen Stabilisierungsmaßnahmen beinhaltete das GKV-FinStG auch einen Auftrag an das Bundesministerium für Gesundheit, zeitnah weitere Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV zu erarbeiten. Die zu Beginn 2024 öffentlich bekannt gewordenen Vorschläge haben bisher keine weitere politische Konkretisierung erfahren. Dabei sollte das aktuelle Beispiel der unterjährigen Anpassung des Zusatzbeitrages bei der KKH auf über 3 Prozent ein klares Signal senden: Die Notwendigkeit von finanzpolitischen Reformen in der GKV steht drängender denn je auf der politischen Agenda. Und wenn sie schon nicht mehr in dieser Wahlperiode aufgegriffen werden, dann bleibt eine Reform in der nächsten Wahlperiode aus heutiger Sicht unausweichlich.

Dabei ist die Diskussion zu entsprechenden Ansätzen zur Stabilisierung der GKV-Finanzien nicht neu. Eine vom Verband forschender Pharma-Unternehmen (vfa) und LAWG in Auftrag gegebene ‚Inventur‘ der seit dem Jahr 2000 diskutierten Reformoptionen hat gezeigt, dass zahlreiche teils weitreichende Vorschläge unterbreitet wurden. Nach Klassifikation und Aggregation verblieben von den identifizierten Vorschlägen insgesamt

93 nicht redundante Einzelvorschläge (ohne Mehrfachzählung), welche sich zu einem Drittel auf einnahmeseitige und zu zwei Dritteln auf ausgabenseitige Stabilisierungsmaßnahmen verteilen. Reformvorschläge auf Einnahmeseite reichen von grundlegenden Systemreformen (z. B. Einführung einer Bürgerversicherung) bis hin zu spezifischen Einzelmaßnahmen (z. B. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze). Ausgabenseitige Reformvorschläge zielen insbesondere auf eine effizientere Leistungserbringung (z. B. Implementierung von Gatekeeping-Konzepten), Leistungseinschränkungen oder eine stärkere Preisregulierung ab. In der Gesamtschau der Inventurergebnisse wird deutlich, dass Vorschläge existieren, die offenkundig über die Grenzen politischer Lager hinweg konsensfähig sind und im gesamten Beobachtungszeitraum immer wieder thematisiert, bislang jedoch nicht realisiert wurden. Dies betrifft insbesondere Maßnahmen zur Auslagerung bzw. Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen, welche sich bereits seit Anfang der 2000er Jahre in inventarisierten Quellen wiederfinden und denen z. T. erhebliches finanzielles Stabilisierungspotenzial für die GKV zugeschrieben wird.

Gleichzeitig hat die vorgenommene Reforminventur deutlich gemacht, dass nur ein geringer Teil der diskutierten Reformvorschläge auch mit einer belastbaren Abschätzung ihrer erwartbaren fiskalischen und versorgungspolitischen Implikationen verbunden ist. Um diese

<sup>1</sup> Eine Studie im Auftrag des LAWG Deutschland e.V. und des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V. – in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld und Prof. Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim

Wissenslücke zu schließen, wurden mit dem vorliegenden Projekt fünf umsetzbare und im Rahmen der Inventur identifizierte Reformvorschläge hinsichtlich ihres quantitativen Impacts bewertet und zudem qualitativ eingeordnet. Durch die transparente und nachvollziehbare Darstellung sollen die Analysen einen Beitrag zur Objektivierung des laufenden Diskurses um die Reform der GKV-Finanzen leisten.

### Nachhaltigkeit, Solidarität und Leistungsfähigkeit

#### Zitat:

„Wir stehen vor einer Generalüberholung unseres Gesundheitssystems[.]“  
Bundesgesundheitsminister  
Prof. Dr. Karl Lauterbach [1]

Mit politischen Initiativen zur Entbürokratisierung, Förderung der Digitalisierung oder strukturellen Großprojekten im Rahmen der Krankenhausreform hat die Bundesregierung große strukturelle Reformprojekte zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung angestoßen. Angesichts eines anhaltenden Finanzierungsdrucks rücken mittlerweile jedoch vor allem Fragen der direkten Sicherung der Finanzierung der GKV in den Mittelpunkt der politischen Debatte. Den notwendigen strukturellen Reformprojekten ist immanent, dass sie zunächst mit Investitionsbedarfen verbunden sind und keinen unmittelbaren Beitrag zur Entlastung der GKV-Finanzlage leisten. Die Flankierung der „Generalüberholung des Gesundheitssystems“ mit direkt wirksamen Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finanzen erscheint daher ebenso zwingend wie die angekündigten Strukturereformen selbst.

### Stabilisierende Maßnahmen zur Flankierung des Strukturwandels der GKV

Nachdem die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland in der jüngeren Vergangenheit Überschüsse erzielten und die Leistungsausgaben durch zahlreiche gesetzliche Maßnahmen erhöht wurden, geht der Schätzerkreis der GKV von zunehmenden Defiziten der Krankenkassen aus [2]. Angesichts weitreichender Zukunftsherausforderungen wie etwa der demografischen Alterung wird für das Gesundheitssystem – sofern nicht politisch gegengesteuert wird – bis zum Jahr 2040 eine Finanzlücke von knapp 50 Mrd. für realistisch gehalten [3]. Aktuelle Prognosen des Bundesrechnungshofes gehen bis zum Jahr 2060 sogar von einer kontinuierlichen Steigerung des durchschnittlichen GKV-Beitragsatzes um mehr als fünf Prozentpunkte auf 21,8 % aus (2024: 16,3 %) [4]. Dabei sind die Beitragszahler in Deutschland bereits heute im internationalen Vergleich hohen Belastungen ausgesetzt [5]. Nach den kurzfristig, jedoch überwiegend zeitlich begrenzt wirksamen Maßnahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) zur Kompensierung des Finanzierungsdefizites im Jahr 2023 [6] legte die Bundesregierung im Januar 2024 „Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ vor [7]. Kern dieser Empfehlungen sind ausgabenseitige Reformvorschläge, welche die Versorgungsstrukturen verbessern und effizienter gestalten sollen. Wenngleich offenkundig ebenfalls notwendig, stehen kurzfristig wirksame Konzepte zur Stabilisierung der GKV-Finanzen dagegen nicht im Fokus. Eine vom Verband forschender Pharma-Unternehmen (vfa) und LAWG in Auftrag gegebene und unter

zukunft-gkv-finanzierung.de veröffentlichte ‚Inventur‘ der seit dem Jahr 2000 diskutierten Reformoptionen hat gezeigt, dass zahlreiche teils weitreichende Vorschläge unterbreitet wurden. Dem politischen Diskurs mangelt es diesbezüglich nicht an Ideen. Unsere Reforminventur aus dem vergangenen Jahr hat einen systematisierenden Überblick über den Möglichkeitsraum gegeben. Mehr als ein Drittel der 93 identifizierten Reformoptionen waren dabei Vorschläge, die unmittelbar auf eine Stabilisierung der Einnahmenseite der GKV abzielen. Gleichzeitig hat die Inventur aber auch aufgezeigt, dass der Großteil der diskutierten Reformvorschläge kaum hinsichtlich seiner finanziellen und nicht-monetären Effekte auf die GKV untersucht wurde.

### Impact-Bewertung soll den Diskurs objektivieren

Transparenz über die erwartbaren Wirkungen verschiedener Reformoptionen ist erforderlich, um evidenzbasierte und rationale Entscheidungen treffen zu können. Die vorliegende Expertise soll deshalb zur Schließung dieser Wissenslücke beitragen, indem es eine Auswahl der inventarisierten Vorschläge einer vertieften quantitativen Impact-Analyse für den Zeitraum der Jahre 2024 bis 2028 unterzieht. Zudem erfolgt eine qualitative Einordnung der Vorschläge hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit, der Nachhaltigkeit und Effizienz sowie ihrer Auswirkungen auf die Solidarität und möglicher unerwünschter Effekte. Ausgehend von der Reforminventur wurden fünf bereits politisch diskutierte Reformvorschläge für die Impact-Analyse ausgewählt: (1) die Auslagerung versicherungsfremder Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV, (2) die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, (3) die

Abbildung 1: Reformoptionen zur Stabilisierung der Finanzlage der GKV.

Quelle: eigene Darstellung.



(Wieder-)Einführung einer Praxisgebühr, (4) die Absenkung der Umsatzsteuer auf GKV-Leistungen sowie (5) die Einführung von Kapitaldeckungselementen.

### Kurzfristige und substanziale Entlastungen der GKV-Finanzlage möglich

Die in der vorliegenden Expertise angebotenen Modellrechnungen offenbaren potenzielle Effekte der fünf Reformvorschläge auf die Einnahmen- und/oder Ausgabenseite der GKV in unterschiedlicher Höhe. Der größte fiskalische Effekt wäre im Zusammenhang mit einer Auslagerung versicherungsfremder Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV zu erwarten. Je nach Szenario würden sich die bislang von den GKV-Versicherten zu tragenden Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen

im Zeitraum der Jahre 2024 bis 2028 auf 8,1 Mrd. Euro bis 76,5 Mrd. Euro jährlich belaufen. Bei konsequenter Auslagerung aus der Finanzierungsverantwortung der GKV könnte der Beitragssatz somit um bis zu 4,6 Beitragssatzpunkte gesenkt werden. Angesichts anhaltender haushaltspolitischer Debatten sowie bestehender Abgrenzungsprobleme bei der Definition versicherungsfremder Leistungen ist allerdings nicht davon auszugehen, dass ein „Maximal-Modell“ konsensfähig wäre. Realistisch erscheint eher, dass bei einer möglichen Auslagerung zunächst eine enge Definition versicherungsfremder Leistungen oder einzelne Leistungsbereiche zugrunde gelegt werden, deren Kategorisierung als „versicherungsfremd“ weitestgehend unstrittig ist. Potenziell hohe Einsparungen für die GKV sind auch mit Absenkung der Umsatzsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel

verbunden. Dabei erscheint eine vollständige Aufhebung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Hilfsmittel, welche zwischen 2024 und 2028 mit einer durchschnittlichen jährlichen Entlastung von 10,3 Milliarden Euro verbunden wäre, ebenfalls mit Blick auf die haushaltspolitische Lage nicht umsetzbar. Realistischer dürfte dagegen ein reduzierter Satz auf Niveau des allgemeinen reduzierten Mehrwertsteuersatzes in Höhe von 7 % sein. Dieses Szenario wäre mit jährlichen Entlastungen der GKV in Höhe von ca. 6,2 Mrd. Euro und einem Beitragssatzsenkungspotenzial von 0,37 Prozentpunkten verbunden. Mögliche Entlastungen der GKV-Finanzlage durch (Wieder-)Einführung der Praxisgebühr hängen wiederum von der Höhe der Gebühr selbst sowie der Quantifizierung nicht nur der Einnahmeeffekte, sondern auch der Nachfrageeffekte ab. Wird kon-

## ZUR DISKUSSION GESTELLT

servativ nur der Einnahmeeffekt aus der Praxisgebühr angenommen, ergeben sich mögliche jährliche Zusatzeinnahmen zwischen 2,4 Mrd. Euro (Gebühr i. H. v. 10 Euro) und 3,6 Mrd. Euro (Gebühr i. H. v. 15 Euro). Wird zusätzlich eine einmalige Fallzahlreduktion in Höhe von 5 % angenommen, so erhöht sich das berechnete Stabilisierungspotenzial auf bis zu 6,5 Mrd. Euro pro Jahr. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die zu erwartenden Nachfrageeffekte im Zusammenhang mit der Einführung der Praxisgebühr mit hoher Unsicherheit verbunden sind.

Besondere Unsicherheiten sind zudem im Hinblick auf die zu erwartenden Effekte einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Die Analysen zeigen, dass die Vorteilhaftigkeit der Maßnahme eng mit der zusätzlichen Abwanderung von GKV-Versicherten in die private Krankenversicherung (PKV) abhängt. Ergibt sich bei einer initial angenommenen zusätzlichen Abwanderungsrate von 10 % noch ein positiver Finanzierungseffekt für die GKV von durchschnittlich 3,6 Mrd. Euro pro Jahr, so wäre die GKV bei einer erhöhten zusätzlichen Abwanderung von initial 20 % bereits schlechter gestellt als ohne die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. Allein im Zeitraum von 2024

bis 2028 würde der Verlust bei durchschnittlich 1,3 Mrd. Euro pro Jahr liegen. Auch in den Folgejahren wären negative Effekte erwartbar.

Die Berechnungen zeigen zudem, dass die Einführung von ergänzenden Kapitaldeckungselementen in Form eines „Demografiefonds“ in der GKV je nach Zinsszenario den Beitragssatz über die nächsten fast 40 Jahre auf einem Niveau stabilisieren könnte, das bis zu 2,4 Beitragssatzpunkte unter dem für das Jahr 2060 prognostizierten Wert liegt. Durch die Nutzung von Zins- und Zinsszinseffekten könnte somit im Jahr 2060 ein Einnahmedefizit von bis zu 69 Mrd. Euro kompensiert werden. In der kurzen Frist ginge der notwendige Aufbau eines Kapitalstocks jedoch mit deutlichen zusätzlichen Belastungen für aktuelle Beitragszahler einher. Im Hinblick auf die Umsetzungsperspektive des Vorschlages scheinen daher Varianten von Kapitaldeckungsverfahren, welche auf eine Dämpfung der Beitragssatzentwicklung abzielen und nicht auf die langfristige Sicherung eines konstanten Beitragssatzes realistischer. Vorlagen hierfür können bereits in anderen Bereichen der Sozialversicherung (z. B. im Pflegevorsorgefonds) gefunden werden.

Neben dem finanziellen Entlastungspotenzial sind in der Bewertung finanzpolitischer Reformoptionen auch qualitative Aspekte hinsichtlich deren Umsetzbarkeit, dem Beitrag zur nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Finanzlage unter Wahrung solidarischer Grundprinzipien der GKV sowie potenziellen Kollateraleffekten zu berücksichtigen. Den im Rahmen der vorliegenden Expertise betrachteten Reformoptionen ist dabei gemein, dass sie bereits im wissenschaftlichen wie politischen Kontext diskutiert bzw. vorgeschlagen wurden, überwiegend kurzfristig umsetzbar und wirksam wären (Ausnahme: Einführung von Kapitaldeckungselementen), und zumindest erwartbar keinen direkten negativen Einfluss auf das Versorgungsangebot und die Versorgungsqualität hätten.

## DIE ANALYSEN IM DETAIL

### Auslagerung versicherungsfremder Leistungen

#### 1. Was steckt dahinter?

Über die GKV werden auch Leistungen erbracht, die als „versicherungsfremd“ betrachtet werden, da sie nicht dem originären Zweck einer Krankenversicherung

**Tabelle 1: Jährliche durch die modellierten Reformoptionen zu erwartende Entlastungseffekte für die GKV.**

Reformoption		Potenzieller jährlicher Entlastungseffekt (2024 bis 2028)	
		Minimal-Szenario	Maximal-Szenario
	Auslagerung versicherungsfremder Leistungen	8,1 Mrd. € 0,48 BSP	76,5 Mrd. € 4,55 BSP
	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	-1,3 Mrd. € +0,08 BSP	3,6 Mrd. € 0,21 BSP
	(Wieder-)Einführung der Praxisgebühr	2,4 Mrd. € 0,15 BSP	6,5 Mrd. € 0,38 BSP
	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel	1,7 Mrd. € 0,10 BSP	10,3 Mrd. € 0,64 BSP

BSP: Beitragssatzpunkte Quelle: eigene Darstellung.

(Absicherung des Krankheitsrisikos) zugeordnet werden können, sondern eher familienpolitisch motiviert oder von allgemeinem gesellschaftlichen Interesse sind (etwa die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern oder Leistungen zur Empfängnisverhütung) [8]. Zur finanziellen Entlastung der GKV wird diskutiert, diese Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV auszulagern (etwa durch eine umfassende Gegenfinanzierung aus Steuermitteln). Da es keine Legaldefinition des Begriffes gibt [9], existieren unter den Expertinnen und Experten jedoch unterschiedliche Auffassungen, was genau als versicherungsfremd zu verstehen ist.

## 2. Was wird berechnet?

Berechnet werden die für die Jahre 2024 bis 2028 erwarteten GKV-Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen, welche die Kompensation durch den jährlichen Bundeszuschuss sowie die Beiträge von Bürgergeldempfängern übersteigen. Um der Abgrenzungsproblematik Rechnung zu tragen, werden eine enge und eine weite Begriffsdefinition zugrunde gelegt. Während die enge Definition 14 weitestgehend konsensuale Leistungspositionen umfasst, enthält die weite Definition mit 26 Leistungspositionen auch solche, deren Klassifikation als versicherungsfremde Leistung kontroverser diskutiert wird.

## 3. Wie groß ist der potenziell finanzstabilisierende Effekt?

Das für die Jahre 2024 bis 2028 erwartete durchschnittliche jährliche Entlastungspotenzial (nach Abzug des Bundeszuschusses) durch eine Auslagerung versicherungsfremder Leistungen beträgt in der engen Definition **8,1 Milliarden Euro jährlich**; in der weiten Definition **76,5 Milliarden Euro jährlich**. Dies entspricht Entlastungen für die Beitrags-

zahler zwischen **0,48 bis 4,55 Beitragsatzpunkten**.

## 4. Wie wahrscheinlich ist eine Umsetzung?

Politisch wurde und wird die Auslagerung versicherungsfremder Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV bereits von vielen Seiten vorgetragen. Mit Blick auf die aktuell angespannte Lage des Bundeshaushaltes erscheinen umfassende Schritte in diese Richtung jedoch eher unrealistisch [7]. Grundsätzlich hätte die Maßnahme das Potenzial, einen substanziellen und nachhaltigen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finanzen zu leisten. Der Unterschied zwischen der engen und der weiten Auslegung des Begriffes ist dabei erheblich. Der weiten Definition folgend würde auch die Mitversicherung von Familienangehörigen zur Disposition stehen und damit ein Grundpfeiler des Solidaritätsprinzips infrage gestellt werden. Die Auslagerung weitestgehend eindeutig klassifizierbarer Leistungen im Rahmen der engen Definition dürfte daher – abstrahiert von haushaltspolitischen Erwägungen – politisch anschlussfähiger sein. Mögliche unerwünschte Effekte sind eine höhere Intransparenz sowie ein steigender Bürokratieaufwand. Im Falle einer vermehrten Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln besteht zudem die Gefahr einer größeren Abhängigkeit der Gesundheitsversorgung von politischen Entscheidungen.

## Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

### 1. Was steckt dahinter?

Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) legt das maximale Bruttoentgelt fest, bis zu dem die Beiträge in der GKV erhoben werden. Der Verdienst, der über diese Einkommensgrenze hinausgeht, ist beitragsfrei.

Die BBG liegt 2024 bei 62.100 Euro jährlich bzw. 5.175 Euro monatlich. Die Versicherungspflichtgrenze (VPG) bezeichnet hingegen den Einkommenshöchstbetrag, bis zu dem Arbeitnehmende gesetzlich krankenversichert sein müssen. Im Jahr 2024 liegt die VPG bei 69.300 Euro jährlich bzw. 5.775 Euro monatlich. Beide Grenzen werden jährlich angepasst [10]. Zur Stabilisierung der Einnahmeseite der GKV durch höhere Beitragseinnahmen steht eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zur Diskussion.

### 2. Was wird berechnet?

Modelliert werden die fiskalischen Auswirkungen einer einmaligen Anhebung der BBG in der GKV auf das Niveau der BBG in der Rentenversicherung Ost (6.750 Euro pro Monat, Stand: 2022) im Zeitraum der Jahre 2024 bis 2028. Berücksichtigt werden neben zusätzlichen Beitragseinnahmen durch die Ausweitung der Beitragsbemessung auch mögliche Abwanderungen von Besserverdienern in die private Krankenversicherung (PKV). Es werden je zwei Szenarien für die zusätzliche Abwanderung von Versicherten in die PKV (10 % bzw. 20 % im ersten Jahr) sowie für die Ausgabenstruktur der abwandernden Versicherten berechnet.

### 3. Wie groß ist der potenziell finanzstabilisierende Effekt?

Im Maximum lassen die Modellrechnungen einen jährlichen Finanzierungseffekt von **3,6 Milliarden Euro** durch die Anhebung der BBG erwarten. Die Vorteilhaftigkeit der Maßnahme hängt allerdings wesentlich von der zusätzlichen Abwanderung guter Risiken in die PKV ab. Im Szenario mit hoher zusätzlicher Abwanderung (hier: 20 % im ersten Jahr) wäre sogar eine zusätzliche finanzielle Belastung der GKV in Höhe von **1,3 Milliarden Euro** gegenüber der Nicht-Anhebung der BBG zu erwarten. Den

Szenarioanalysen zufolge könnte sich die Anhebung der BBG somit je nach Ausmaß der Abwanderung mit einer **Erhöhung um 0,08 Prozentpunkte** bis hin zu einer **Reduzierung um 0,21 Prozentpunkte** auf den GKV-Beitragsatz auswirken.

### 4. Wie wahrscheinlich ist eine Umsetzung?

Im Vergleich zu den anderen hier modellierten Reformvorschläge, ist der finanzstabilisierende Effekt eher als **gering** einzustufen. Zu berücksichtigen ist in diesem Kontext vor allem auch die hohe **Unsicherheit**, die durch eine mögliche Abwanderung zur PKV gegeben ist und die großen Einfluss darauf hat, ob sich dieser Reformvorschlag entlastend oder belastend auf die GKV-Finzen auswirkt. Die allgemein stärkere Belastung von Gutverdienern durch die Anhebung der BBG könnte als Stärkung des Solidaritätsprinzips ausgelegt werden. Als Gegenargument kann hier aber unter andere eine mögliche Überbelastung dieser Personengruppen angeführt werden [11].

## (Wieder-)Einführung einer Praxisgebühr

### 1. Was steckt dahinter?

Im Jahr 2004 wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eine Praxisgebühr für den ambulanten Bereich in Höhe von 10 Euro pro Quartal für volljährige GKV-Versicherte eingeführt [12]. Neben den Mehreinnahmen für die GKV durch die Gebühr, sollten mit der Einführung auch die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt werden. Unter anderem aufgrund der umstrittenen Nachfragewirkung der Praxisgebühr wurde im Jahr 2013 wieder abgeschafft [13]. Angesichts der angespannten Finanzlage der GKV wird auch die Wiedereinführung einer (modifizierten) Praxisgebühr diskutiert.

### 2. Was wird berechnet?

Der zu erwartende finanzstabilisierende Effekt einer Wiedereinführung der quartalsbezogenen Praxisgebühr in der ambulanten ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Versorgung in den Jahren 2024 bis 2028 wird modelliert. Berücksichtigt werden vier Szenarien. Dabei werden einerseits die Höhe der Praxisgebühr (Variante 1: 10 Euro, Variante 2: 15 Euro) und andererseits das Ausmaß der angenommenen Nachfragereaktion (Variante A: keine Fallzahlsenkung, Variante B: einmalige Fallzahlsenkung um 5 %) variiert.

### 3. Wie groß ist der potenziell finanzstabilisierende Effekt?

Aus der Modellierung ergibt sich durch eine Einführung der Praxisgebühr Finanzierungseffekte zwischen **2,4 Milliarden Euro** (nur Einnahmeeffekt, Gebühr i. H. v. 10 Euro) und **6,5 Milliarden Euro** (Einnahmeeffekt + Fallzahlsenkung, Gebühr i. H. v. 15 Euro) jährlich. Dies entspricht einem Potenzial zur Beitragsatzsenkung von **0,15 bis 0,38 Beitragsatzpunkten**.

### 4. Wie wahrscheinlich ist eine Umsetzung?

Die (Wieder-)Einführung der Praxisgebühr lässt **sichere und dauerhafte Einnahmeeffekte** für die GKV einher. Im Gegensatz zu den anderen Reformvorschlägen, die im Rahmen dieser Expertise untersucht wurden, zeichnet sich dieser Vorschlag auch dadurch aus, dass er auf eine Steigerung des Kostenbewusstseins und zusätzliche Anreize für eine rationalere Leistungsanspruchnahme ausgerichtet ist. Gesetzgeberisch ließe sich eine Praxisgebühr analog zur Einführung im Jahr 2004 vermutlich leicht umsetzen. Risiken bestehen dahingehend, dass wie bei der damaligen Praxisgebühr zusätzlicher **bürokratischer Aufwand** entsteht [14] und dass sozial

schwächer gestellte Versicherte durch die Selbstbeteiligung ggf. **medizinisch notwendige Maßnahmen** aufschieben und vermeiden. Letzteres stünde im Konflikt zum Solidaritätsgedanken [15] und ginge zudem möglicherweise mit erhöhten Folgekosten einher.

## Absenkung der Umsatzsteuer auf GKV-Leistungen

### 1. Was steckt hinter dem Vorschlag?

Auf jeden steuerpflichtigen Umsatz wird in Deutschland grundsätzlich eine Mehrwertsteuer von 19 % erhoben (§ 12 Abs. 1 Umsatzsteuergesetz [UStG]). Für ausgewählte Güter und Dienstleistungen (zum Beispiel auf Waren der Grundversorgung wie Lebensmittel oder Bücher) gilt ein ermäßigter Steuersatz in Höhe von 7 %, um die Verbraucherinnen und Verbraucher zu entlasten. Zur Debatte steht, ob Arznei- und Hilfsmittel nicht ebenfalls lediglich mit dem ermäßigten Satz besteuert werden sollten. Behandlungen im Krankenhaus oder ärztliche Behandlungen sowie Leistungen zur Diagnostik und Rettungsdienste sind von dieser Fragestellung nicht betroffen, da hier keine Mehrwertsteuer erhoben wird (§ 4 Nr. 14 Buchst. a UStG).

### 2. Was wird berechnet?

Die Modellierung untersucht die erwartbaren Reduzierungen der GKV-Ausgaben durch eine Absenkung der Mehrwertsteuer auf GKV-Leistungen (Arznei- und Hilfsmittel) in den Jahren 2024 bis 2028. Dabei werden drei Szenarien mit dem Status verglichen. Szenario 1: Weiterführung des reduzierten Satzes aus der COVID-19-Pandemie (16 % bzw. 5 %). Szenario 2: Absenkung auf den allgemeinen reduzierten Satz (7 %). Szenario 3: Aufhebung der Mehrwertsteuer (0 %).

### 3. Wie groß ist der potenziell finanzstabilisierende Effekt?

Durch eine Absenkung der Umsatzsteuer kann eine nachhaltige Entlastung der GKV-Finzen erreicht werden, die Spannweite der berechneten Einsparpotenziale reicht von **1,7 Milliarden Euro jährlich** (Szenario 1) bis **10,3 Milliarden Euro jährlich** (Szenario 3). Das damit verbundene **Potenzial zur Beitragssatzsenkung** liegt zwischen **0,1 und 0,6 Prozentpunkten**. Realistisch erscheint eine Absenkung auf einen allgemeinen reduzierten Satz in Höhe von 7 %, was zu einer jährlichen Entlastung der GKV in Höhe von ca. 6,2 Mrd. Euro führen würde.

### 4. Wie wahrscheinlich ist eine Umsetzung?

Die Absenkung der Mehrwertsteuer auf einen einheitlich reduzierten Steuersatz von 7 % würde **nachhaltig zur Stabilisierung der GKV-Finzen beitragen**. Eine vollständige Aufhebung hätte den größten Effekt, ist aber als unrealistisch zu bewerten und dient im Zuge der Modellierung eher als Referenzpunkt für die anderen realistischeren Szenarien. Die Absenkung der Mehrwertsteuer ließe sich regulatorisch dabei relativ leicht umsetzen. **Fraglich** ist allerdings mit Blick auf die angespannte Haushaltslage des Bundes, ob der Vorschlag derzeit politisch opportun ist, da bei Umsetzung des Reformvorschlages Steuereinnahmen fehlen würden.

## Einführung von Kapitaldeckungselementen

### 1. Was steckt hinter dem Vorschlag?

Abweichend vom aktuellen Prinzip der Umlagefinanzierung in der GKV würde bei diesem Vorschlag analog zum Finanzierungsprinzip in der PKV ein verzinsten Kapitalstock aufgebaut. Damit würde ins-

besondere der Kritik am Umlageverfahren im Hinblick auf die intergenerative Solidarität Rechnung getragen. So führt die demografische Alterung perspektivisch zu einer Verschiebung des Verhältnisses von Nettozahlern zu Nettoempfängern in der GKV [16]. In der Konsequenz werden die jüngeren Generationen durch den Solidarausgleich zukünftig stärker belastet als Mitglieder vorangegangener Geburtskohorten.

### 2. Was wird berechnet?

Die Modellierung untersucht auf Basis des konzeptionellen Vorschlags von Cassel und Oberdiecks Demografiefonds [17], welchen Beitrag Kapitaldeckungselemente zur Stabilisierung des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes bis zum Jahr 2060 leisten können. Die zentrale Fragestellung ist, wie hoch der Beitragssatz angesetzt werden müsste, um ihn bis 2060 unter Anwendung einer teilweisen Kapitaldeckung konstant zu halten. Ausgangspunkt ist eine aktuelle Beitragssatzprognose des Bundesrechnungshofes [4]. Die Modellierung des Kapitalstocks berücksichtigt drei verschiedene Zinsszenarien (Basis: 1,88 %, Niedrig: 0,46 %; Hoch: 3,31 %).

### 3. Wie groß ist der potenziell finanzstabilisierende Effekt?

Im Basiszinsszenario unter Nutzung des Kapitaldeckungsverfahrens müsste der Beitragssatz 37 Jahre konstant bei 19,1 % gehalten werden, um die laufenden GKV-Ausgaben zu decken. Dieser Beitragssatz liegt 2,8 Prozentpunkte über dem durchschnittlichen Beitragssatz von 2024, aber 2,2 Prozentpunkte unter dem durchschnittlichen Beitragssatz, der für 2060 prognostiziert wird. Im Basisszenario würden Beitragszahler zum Aufbau des Kapitalstocks über einen Zeitraum von 16 Jahren einen konstanten Beitragssatz zahlen, der über dem prognos-

tizierten variablen Beitragssatz liegt, und damit Mehrbelastungen tragen. Ab dem Jahr 2040 würde der konstante Beitragssatz indes unter dem prognostizierten variablen Beitragssatz liegen und Defizite bei den Beitragseinnahmen durch den angesparten Kapitalstock ausgeglichen. Für das Niedrig- und das Hochzinsszenario ergeben sich kostendeckende konstante Beitragssätze in Höhe von 19,3 % bzw. 18,9 %. Die Differenz zwischen den beiden Werten verdeutlicht die möglichen Vorteile der Nutzung von Zinseffekten.

### 4. Wie wahrscheinlich ist eine Umsetzung?

Dieser Vorschlag folgt einer **anderen Logik** als die anderen vier vorgestellten Reformvorschlüsse und eröffnet damit eine weitere Perspektive in der Finanzierungsdebatte. So geht es nicht um kurzfristig realisierbare Einnahme- oder Einsparpotenziale, sondern um eine **langfristige Beitragssatzstabilisierung**. In der kurzen Frist würde der Vorschlag deutliche Zusatzbelastungen für die Versicherten bedeuten, was die politische Umsetzbarkeit der Kapitaldeckung mit der Zielsetzung eines dauerhaft konstanten Beitragssatzes unwahrscheinlich macht. Alternative, anschlussfähigere Ausgestaltungsvarianten zur Dämpfung der Beitragssatzentwicklung sind jedoch bereits in anderen Bereichen der Sozialversicherung implementiert. Wie nachhaltig kapitaldeckende Elemente für die GKV-Finzen wären, ist letztlich abhängig von der konkreten Ausgestaltung des Fonds (Ein-/Auszahlungsmodell, Laufzeit) und unterläge gewissen Unsicherheiten, inklusive einer Abhängigkeit vom internationalen Kapitalmarkt.

### Methodik von quantitativer Bewertung und qualitativer Einordnung

Die fünf genannten Reformvorschläge wurden aus dem vorgelagerten Projekt ausgewählt, in dem eine Inventur bestehender Reformvorschläge zur GKV-Finanzierung der letzten 20 Jahre erstellt wurde [18]. Die Selektion der fünf zu modellierenden Vorschlägen erfolgte kriteriengeleitet im Experten- und Projektteam. Leitend für die Auswahl war, dass die Vorschläge politisch umsetzbar erscheinen, dass ein hinreichender Finanzierungseffekt erwartbar wäre und der Vorschlag innovativ ist beziehungsweise ihre Impact-Bewertung neue Impulse in der Finanzierungsdebatte liefern könnte.

Für jeden der fünf Vorschläge wurde eine kurz- bis mittelfristige **quantitative Impactmodellierung** basierend auf der Fortschreibung für die Jahre 2024 bis 2028 durchgeführt. Die Modellierungen basieren alle auf öffentlich zugänglichen Datenquellen und beruhen auf einer Fortschreibung der beobachteten Daten der Jahre 2018 bis 2022, wobei in allen Analysen das Jahr 2020 durch die COVID-19-bedingten Abweichungen keine Berücksichtigung fand. Zusätzlich wurde für jeden Vorschlag eine qualitative Einordnung vorgenommen. Das Ziel dieser Untersuchungen war es, der Komplexität des Gesundheitswesens gerecht zu werden und etwaige Wechselwirkungen der Vorschläge aufzuzeigen. Für jeden Vorschlag wurde dazu die technische und politische Umsetzbarkeit geprüft. Ferner wurde untersucht, inwieweit der Vorschlag nachhaltig zur GKV-Finanzstabilisierung beiträgt oder ob damit eine höhere Effizienz in der Versorgung erwartbar wäre. Ebenso beleuchtet wurden Implikationen für das Solidaritätsprinzip der GKV sowie direkte und indirekte unerwünschte Effekte.

### Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit (2024) Lauterbach: Rückenwind für unsere Reformen. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/svr-gutachten-uebergabe-25-04-24.html>. Zugegriffen: 26. April 2024
2. Bundesamt für Soziale Sicherung (2023) Schätztableau des GKV-Schätzerkreises. Schätztableau 2023-2024
3. Ochmann RR, Albrecht M (2019) Zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung, 1. Aufl. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
4. Bundesrechnungshof (2022) Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages, Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages und Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages Demografische Entwicklung: Finanzrisiken des Bundes aus seiner Beteiligung an der Finanzierung der Sozialversicherungen, 23. Aufl. Bundesrechnungshof; Publikationsserver ibib, Potsdam, Berlin/Bonn
5. tagesschau.de (2023) Hohe Steuer- und Abgabenlast in Deutschland. OECD-Vergleich. <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/verbraucher/oecd-steuern-abgaben-deutschland-100.html>;. Zugegriffen: 28. Februar 2024
6. Bundesministerium für Gesundheit (2024) GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/gkv-finanzstabilisierungsgesetz.html>. Zugegriffen: 28. Februar 2024
7. Bundesministerium für Gesundheit (2024) Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 220 Absatz 4 SGB V. Stand: 31. Mai 2023\*. \* einzelne Aktualisierungen wurden vorgenommen
8. Bundesministerium für Gesundheit (2023) Versicherungsfremde Leistungen. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen>. Zugegriffen: 20. Februar 2024
9. Deutscher Bundestag (2016) Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung. Dokumentation. WD 9 - 3000 - 051/16
10. Bundesregierung (2024) Neue Beitragsbemessungsgrenzen für 2024. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/arbeit-und-soziales/beitragsbemessungsgrenzen-2024-2229320>. Zugegriffen: 14.02.24
11. Kriwy P, Mielck A (2006) Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV): Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten. Gesundheitswesen 68(5):281–288. doi:10.1055/s-2006-926779
12. Deutscher Bundestag (2023) Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. GKV-Modernisierungsgesetz – GMG, Bd 2003
13. Deutscher Bundestag (2012) Bundestag schafft einstimmig die Praxisgebühr ab. [https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2012/41447099\\_kw45\\_de\\_praxisgebuehr-209922](https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2012/41447099_kw45_de_praxisgebuehr-209922). Zugegriffen: 11. März 2024
14. APOTHEKE ADHOC (2012) KBV: Praxisgebühr kostet 360 Millionen Euro. <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/kbv-praxisgebuehr-kostet-360-millionen-euro/>. Zugegriffen: 03. April 2024
15. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Bonn
16. Gensorowsky D, Witte J, Naumann L, Zeitler A (2023) Inventur der Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine systematische Übersicht. Eine Studie im Auftrag des LAWG Deutschland e.V und des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V. [https://zukunft-gkv-finanzierung.de/assets/pdf/2023-05-11\\_finanzreformen\\_inventur\\_vand.pdf](https://zukunft-gkv-finanzierung.de/assets/pdf/2023-05-11_finanzreformen_inventur_vand.pdf). Zugegriffen: 14. Februar 2024

### Autoren:

**Dr. Daniel Gensorowsky**  
**Dr. Julian Witte**  
**Vandage GmbH**  
**Detmolder Straße 30**  
**33604 Bielefeld**

**Prof. Dr. Wolfgang Greiner**  
**Universität Bielefeld**

**Prof. Dr. Eberhard Wille**  
**Universität Mannheim**

**Ulf Birke**  
**Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.**  
**Hausvogteiplatz 13**  
**10117 Berlin**

**Wir danken Dr. Laura Naumann und David Lampe von der Vandage GmbH für ihren substantiellen Beitrag zur vorliegenden Studie.**

Kerstin Kemmritz

# Zeit, dass sich wieder was dreht?!

## Gründliche Blicke auf die Zusammenhänge zwischen Arzneimittelpreisverordnung und Apothekensterben und die Verantwortung der Politik

Apothekensterben trotz „Apothekenpreisen“? Wie passt das zusammen, hält sich doch weiterhin hartnäckig die Mär von den gutverdienenden Apothekerinnen und Apothekern. Vielleicht liegt es daran, dass Politik und Gesellschaft viel zu wenig über Arzneimittelpreise, deren historische Entwicklung und die seit überlanger Zeit fehlende Honoraranpassung wissen, weil Apotheken bisher immer geräuschlos funktioniert haben und wenn, dann eher heimlich, still und leise geschlossen wurden?

Inzwischen haben allerdings Anzahl und Lautstärke der Apothekenschließungen ein Ausmaß erreicht, das den Konzentrationsprozess nicht mehr unbemerkt stattfinden lässt (1). Allein im ersten Halbjahr 2024 hängten 283 Apothekeninhaber:innen gegenüber 238 im Vorjahr ihre Kittel für immer an den Nagel (2). Die Apothekendichte in Deutschland ist mit inzwischen sogar nur noch 21 Apotheken pro 100.000 Einwohner:innen bereits im unteren europäischen Drittel zu verorten (3) und in immer mehr Regionen führt die sinkende Apothekenzahl bereits zu längeren Anfahrtswegen und Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten. Erste Anzeichen für den Beginn einer sich deutlich verschlechternden Arzneimittelversorgung, ganz besonders in Zeiten anhaltender Arzneimittellieferschwierig-

keiten und einer älter werdenden Gesellschaft, die eine persönliche, wohnortnahe und fachlich fundierte Arzneimittelberatung nicht nur wünscht, sondern mehr denn je braucht!

## Einblicke in die Ursachen für Apothekenschließungen

Die Ursachen für die zunehmenden Apothekenschließungen sind natürlich vielfältig und oft identisch mit den Problemen bei anderen Freien Berufen (4). Auch bei den Apothekerinnen und Apothekern „sterben“ nicht nur (zu) kleine oder unwirtschaftliche Apotheken. Auch vielen wirtschaftlich noch erfolgreichen Betrieben mangelt es bereits an Fachpersonal und Nachfolger:innen, die „Lust“ auf weitere Bürokratie und unkalkulierbare Rahmenbedingungen haben. Erst recht, weil man (oder Frau) als Inhaber:in persönlich mit Leib und Leben und vor allem dem eigenen Vermögen haftet. So müssen viele Inhaber:innen die massiv gestiegenen Kosten bei einer anhaltend hohen Inflation oft genug bereits aus dem Privatvermögen kompensieren und der mit dem GKV-FinStG seit Februar 2023 erhöhte Krankenkassenzwangabschlag (5) und das Skontoverbot (6) sind dabei für viele die letzten Tropfen gewesen, die das Fass zum Überlaufen und die Entscheidung zur Geschäftsaufgabe zur Reife gebracht haben.

Ganz oben auf der Liste der Gründe für eine Apothekenschließung steht daher auch die seit Jahrzehnten fehlende nennenswerte Anpassung des Apothekenhonorars an die tatsächlichen Kosten-

steigerungen. Die Politik erklärt ihre diesbezügliche Zurückhaltung gerne mit den leeren Kassen und den Corona-Sondereffekten (7), die unerwartet Geld in die klammen Apothekenkassen gespült hätten. Dabei wird bei dieser Argumentation gerne vergessen, dass die Apotheken dieses zusätzliche Honorar auch für zusätzlich von ihnen erbrachte Leistungen sowie noch dazu in höchst unterschiedlichem Maße erhalten haben, denn nicht jede Apotheke hat im gleichen Maße Desinfektionsmittel herstellen und Schutzmasken quasi über Nacht organisieren, vorfinanzieren, umverpacken und verteilen können. Nicht jede Apotheke hat Arztpraxen mit Corona-Impfstoffen beliefert oder selbst gegen Corona impfen können und wollen. Die Digitalisierung der Impfberechtigten mit der vorhergehenden Kontrolle der (teilweise nur sehr rudimentären oder sogar gefälschten) Einträge in den Impfpässen war ebenfalls eine Herkulesaufgabe, die viel Zeit und Nerven des Apothekenpersonals gekostet hat, das sich so die Corona-Sonderprämien quasi selbst verdienen musste. Nicht minder aufwändig war der Aufbau einer seriösen Testinfrastruktur für die „Bürgertests“ sowie der Verkauf und die Beratung zu Corona-Selbsttests.

So hat die Coronaphase trotz der höchst unterschiedlichen Auswirkungen auf die einzelnen Betriebe den Blick auf die betriebswirtschaftliche Realität der Apotheken nicht nur in der Politik noch für einige Monate verschleiert. Sieht man sich nun die aktuellen, im Frühjahr von der Branchenvertretung ABDA bzw. dem Deutschen Apothekerverein DAV veröffentlichten Zahlen des Nach-Corona-

Jahres 2023 an (8), wird die finanzielle Dramatik in der deutschen Apothekenslandschaft weitaus deutlicher.

Die Betriebsergebnisse befinden sich im Sinkflug, die häufigste oder „typische“ Apotheke erwirtschaftet ein Ergebnis, das mehr als ein Drittel unter dem Durchschnitt liegt (8, S. 23). Dieser großen Zahl von unterdurchschnittlich ertragreichen oder eher „ertraglosen“ Apothekenbetrieben stehen die vergleichsweise wenigen Spezial- und Versandapotheken mit hohen Umsätzen und Betriebsergebnissen gegenüber. Diese Apotheken stellen u.a. teure Zytostatika her, beliefern Heime, Krankenhäuser oder Spezialpraxen, betreiben Versandhandel oder haben sich beispielsweise auf die Betreuung besonderer Patientengruppen spezialisiert, für die selbst extrem teure Arzneimittel oft auch vorrätig gehalten und damit bei vollem Risiko und zweistelligen Überziehungskrediten vorfinanziert werden müssen.

So sehen die Zahlen „im Durchschnitt“ vielleicht auf den ersten Blick gar nicht so schlecht aus. 148 000 Euro Betriebsergebnis vor Steuern in einer Durchschnittsapotheke lassen wahrscheinlich bei vielen Menschen zunächst einmal wenig Verständnis für laute Forderungen nach einer Honorarerhöhung aufkommen. 104 000 Euro für die typische (statt durchschnittliche) Apotheke sehen da schon bescheidener aus. Berücksichtigt man dann noch, dass dieser Betrag nicht den Reinverdienst eines Apothekeninhabers bzw. einer Inhaberin darstellt, wirkt die Situation schon längst nicht mehr so entspannt.

Anders als in Konzernbilanzen, wo in den Personalkosten bereits ein Geschäftsführergehalt mit den entsprechenden Sozialabgaben berücksichtigt ist, enthalten die Kosten für die Apothekenbetriebe weder einen Unternehmerlohn, noch sind dessen Sozialabgaben zur Krankenversicherung, für die Altersvorsorge oder Betriebsunterbrechungen

vollständig berücksichtigt, wenn sie über den steuerlich abzugsfähigen Höchstbeträgen liegen. Auch Kredittilgungen oder allgemeine Rücklagen für künftige Investitionen, die Vorfinanzierung des Warenlagers, Lagerverluste durch Festbetragsanpassungen, Preissenkungen, Verfall und Nullretaxationen sind ebenfalls nicht oder nicht vollständig in den Ergebnissen enthalten. So ist inzwischen der Verdienst vieler Apothekeninhaber:innen niedriger als der einer Apothekenleitung einer Krankenhausapotheke oder sogar als der ihrer Angestellten. Und das bei vollem persönlichem Einsatz und Haftung bis in das Privatvermögen hinein! Dabei sind es gerade auch diese vielen „typischen“ oder unter dem Durchschnitt erwirtschaftenden Apotheken, die die Versorgung am Wohnort, in der Fläche oder kurz gesagt: in der Nähe der Patient:innen sicherstellen. Sie sind in den seltensten Fällen deshalb unrentable Betriebe geworden, weil sie schlecht wirtschaften oder schlecht arbeiten. In all diesen Apotheken wird gute, nahbare Pharmazie gemacht, die an das Wissen und die Erfahrung eines Apothekers oder einer Apothekerin und der jeweiligen Teams geknüpft ist und nicht an die Größe einer Apotheke! So werden Politik und Standespolitik auch nicht müde, die Wichtigkeit aller Apotheken und damit auch den Erhalt kleinerer Betriebe für die wohnortnahe, flächendeckende Versorgung zu betonen. Aber: Von nichts kommt nichts!

### **Rückblick auf den Stauferkaiser Friedrich II. und nicht nur seinen Einfluss auf die Entwicklung der Gemeinwohlpflichten und die Arzneimittelpreisverordnung**

Alle Apotheken in Deutschland erfüllen unabhängig von etwaigen Spezial-

gebieten die ihnen vom Gesetzgeber übertragene und oft auch als Sicherstellungsauftrag bezeichnete Aufgabe der „ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung“, die mit diversen Gemeinwohlpflichten wie der Sicherstellung der Versorgung im Notdienst, dem Kontrahierungszwang bei der Belieferung ärztlicher Verordnungen, der Pflicht zur Herstellung von individuellen Rezepturmitteln oder der Bevorratungspflicht mit bestimmten Arzneimitteln in ausreichenden Mengen verbunden ist.

Zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung gehört also nicht nur die Abgabe einer Arzneimittelpackung, sondern u.a. auch die Information und Beratung, die Interpretation und Kontrolle der ärztlichen Verordnungen, die Hilfestellung bei allen Fragen zur Selbstbehandlung, die stichprobenartige Kontrolle von Fertigarzneimitteln und Medizinprodukten zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Marktüberwachung, die Bestimmung von Gesundheitsparametern, die Durchführung von Impfungen, das Vorhalten eines Apothekenlabors z.B. auch zur Herstellung von Arznei- oder Desinfektionsmitteln (Lieferengpässe, Pandemie...) oder die Ein- und Durchführung digitaler Großprojekte wie die Umsetzung der europäischen Fälschungsschutzrichtlinie mittels secur-Pharm oder jetzt aktuell des eRezeptes.

Neben diesen weitgehend pharmazeutischen Sach- und Fachaufgaben klären die Apothekenteams aber auch immer wieder über diverse Fragen der Sozialgesetzgebung auf, ziehen die Rezeptanteile und die Herstellerzwangsabschläge für die Krankenkassen ein, setzen die Rabattverträge um, erfüllen Reimport- und Teststreifenquoten und/oder erklären die Festbetragsystematik. „Nebenbei“ und meist ebenso unbemerkt schaffen sie auch noch wohnortnahe Ausbildungs- und Arbeitsplätze und führen nicht zuletzt (reichlich) Gewerbe- und Mehrwertsteuer ab.

Im Gegenzug ist es Aufgabe und Pflicht des Gesetzgebers, den Apotheken durch Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen die erfolgreiche Erfüllung der ihnen übertragenen Gemeinwohlpflichten bei einem auskömmlichen Einkommen zu ermöglichen. In Deutschland wird das mit einem umfangreichen Regelwerk aus Gesetzen, Verordnungen und Verträgen realisiert, dessen Anfänge bis in das Mittelalter reichen, als der Stauferkaiser Friedrich II. 1241 im „Edikt von Salerno“ (9) nicht nur die Aufgabentrennung von Arzt und Apotheker festlegte, sondern gleich auch eine auskömmliche Vergütung ihrer Leistungen, um damit dem allzu marktschreierischen Verhalten vagabundierender Paramediziner und geschäftstüchtiger pharmazeutischer Erfüllungsgehilfen Einhalt zu gebieten (10, S. 63).

Die Festlegung einheitlicher Arzneimittelverkaufspreise trug anscheinend wesentlich zur Ruhe und zur ordentlichen Arzneiversorgung im damaligen sizilianischen Kaiserreich bei und war daher eine frühe und erfolgreiche Form des Verbraucherschutzes, die in den „Apothekentaxen“ der verschiedenen deutschen Staaten des 19. Jahrhunderts eine Fortsetzung fand (11). Dabei war es damals selbstverständlich, die Vergütungen für Apotheker höher anzusetzen als für fahrende Händler und Drogisten, mussten doch die Apotheker nicht nur bei Nacht und Nebel im umfangreich eingerichteten Labor Pillen drehen, sondern auch diverse Gerätschaften und verderbliche Substanzen einkaufen oder auch den einen oder anderen Gehilfen beschäftigen (und bezahlen). Die einheitlichen „Apothekenpreise“ waren geboren!

Bis heute hat sich diese Übergabe der Verpflichtungen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung an die Apotheken bewährt und bis heute stellen die Apothekerinnen und Apotheker als

Gegenleistung für den staatlichen Schutz der Apothekenpreise und der Rahmenbedingungen ihrer Berufsausübung ihre besonderen Fähigkeiten für bestimmte, im öffentlichen Interesse liegenden Aufgaben bereit. Sie üben ihren Beruf in Selbstständigkeit, voller Verantwortung und privater Haftung aus und unterziehen sich wie alle Freien Berufe staatlichen Eignungsprüfungen und regelmäßigen Kontrollen. Eine Missachtung der Gesetze und Verordnungen ist strafbewehrt, auch wenn die heutigen Strafen wohl weniger drakonisch ausfallen als in mittelalterlichen Zeiten.

### **Rückblick auf die Entwicklung der Apothekenvergütung der Nachkriegszeit**

Und so entwickelten sich die Arzneitaxen (11) ebenso weiter wie die anderen gesetzlichen Rahmenbedingungen. In der Nachkriegszeit bildete die Systematik der damaligen Arzneimittelpreisverordnung mit ihren degressiv gestaffelten Prozentaufschlägen für alle Arzneimittel seit 1978 die Basis einer auskömmlichen Mischkalkulation, mit der alle Gemeinwohlpflichten vergütet wurden und ausreichend finanzielle Flexibilität für Investitionen und Innovationen blieb. Die Apothekerschaft versorgte also nicht nur die Bevölkerung zuverlässig mit Arzneimitteln, sondern modernisierte bzw. entwickelte ein (elektronisches) Bestellwesen, die Arzneimitteldatenbank („ABDA-Datenbank“, 12) mit Interaktionschecks und die pharmazeutische Betreuung (13).

Auch die pharmazeutische Industrie war kreativ und Deutschland wurde die „Apotheke der Welt“, in der immer mehr Arzneistoffe gegen neue Krankheiten oder mit besserer Wirkung entwickelt wurden. Die damit verbundene stete Aufwärtsent-

wicklung der Arzneimittelpreise konnte jedoch nicht ebenso stetig finanziert werden und die Eingriffe des Gesetzgebers zur Stabilisierung der Gesundheitsausgaben häuften sich. Sie trafen immer öfter auch die Apotheken, die mit unkalkulierbaren Erhöhungen des eigentlich für eine pünktliche Zahlung der Krankenkassen an die Apotheken vor inzwischen mehr als 100 Jahren vereinbarten Zwangsabschlags nach § 130 SGB V „beglückt“ wurden. Die Notwendigkeit der Änderung der Arzneimittelpreisverordnung zeichnete sich ab, beschleunigt durch den Ablauf der ersten Arzneimittelpatente. Als 1989 der erste Generikahersteller in Deutschland (14) das Licht der Arzneimittelwelt erblickte und versprach, nicht nur gute Besserung, sondern gute Preise zu liefern, begann sich die Arzneimittelpreisspirale nun auch deutlich nach unten zu drehen und damit den Verdienst der Apotheken von Jahr zu Jahr ebenfalls in unkalkulierbarer Form zu schmälern.

### **Rückblick auf das ABDA-Kombimodell oder die Drehung der Arzneimittelpreisverordnung**

Die Politik forderte für diese Problematik einen Lösungsvorschlag von der Apothekerschaft ein und setzte deren auf den Zahlen des Wirtschaftsjahres 2002 aufbauendes „ABDA-Kombimodell“ (15) mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG, 16) um. Seit 2004 gilt daher eine neue Vergütungssystematik für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bis heute aus einer Kombination eines festen, preisunabhängigen Fixhonorars von damals 8,10 Euro und eines (niedrigen) prozentualen Aufschlags von drei Prozent pro Packung besteht. Der feste Honorarbestandteil wird gerne auch als „Beratungshonorar“ bezeichnet, da er die durchschnittlichen variablen Kosten einer

Apotheker berücksichtigt, die vorrangig aus Personalkosten bestehen.

Der niedrige prozentuale Aufschlag von drei Prozent dient einerseits der Anbindung der Apotheken an den (damals noch sehr geringen) allgemeinen Preisanstieg und der Berücksichtigung der Vorfinanzierungskosten des Warenlagers sowie andererseits der Abbildung der vergleichsweise niedrigen fixen Kosten einer typischen Apotheke wie der Miete und einigen weiteren Sach- und Raumkosten. Da die neue Arzneimittelpreisverordnungs-systematik einkommensneutral gegenüber der alten sein sollte, wurden für das Folgejahr eine Überprüfung und Anpassung der tatsächlichen Vergütung sowie eine regelmäßige Überprüfung der Komponenten bei wirtschaftlicher Betriebsführung ausgewählter Apotheken vereinbart. Aus verschiedenen Gründen unterblieb beides und so wurde aus dem bisher vorhandenen und sogar im § 78 AMG verfestigten Konsens, in der Arzneimittelpreisbildung nicht nur Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit aus der Sicht der Krankenversicherung zu beachten, sondern auch die „berechtigten Interessen der Apotheken“ bei der Bildung der Preise und Preisspannen zu berücksichtigen, für diese eine anhaltende politische Zitterpartie. Bis heute finden Gespräche zwischen Politik und Berufsvertretung zu dieser Thematik oft genug leider erst dann statt, wenn das Kind bereits auf dem Weg zum Brunnenboden ist.

### **Einblicke in den Werkzeugkoffer zur Modifizierung der Apothekenhonorierung**

Auch wenn das Apothekenhonorar eigentlich in der Arzneimittelpreisverordnung festgelegt ist, um die Aufgaben der Apotheken fair zu vergüten, bedient sich der Gesetz- bzw. Ordnungsgeber regelmä-

ßig noch verschiedener weiterer Maßnahmen, um damit schnell und einfach das Honorar anpassen und vorrangig mögliche Finanzlöcher der gesetzlichen Krankenkassen stopfen zu können. Besonders „beliebt“, weil leicht zu ändern, ist dabei der Krankenkassenzwangsabschlag, der lange Zeit zwischen dem Deutschen Apothekerverband und dem GKV-Spitzenverband verhandelt wurde. Oft jedoch ohne zufriedenstellendes Ergebnis, weshalb das Ergebnis meist durch die Schiedsstelle festgelegt werden musste und Planbarkeit in den Apotheken ein weiteres Mal zu einem Fremdwort wurde.

Letztendlich wurde er – allerdings völlig entgegen seiner ursprünglichen Funktion – durch die Politik festgeschrieben. Und von genau der gleichen Politik auch immer wieder missbraucht, um den Apotheken durch Erhöhung des Zwangsabschlags bei vermeintlich drohenden Finanzlöchern ein Sonderopfer abzuverlangen, nur um dann nach Monaten oder sogar Jahren der verringerten Apothekeneinkommen festzustellen, dass das Finanzloch doch nicht so groß geworden war wie befürchtet. Zumindest bei den Krankenkassen, denn die Löcher in den Apothekenkonten wurden nicht wieder aufgefüllt.

Neben dem Krankenkassenzwangsabschlag war und ist aber auch die zunehmende Beschneidung der ohnehin wenigen Kaufmannseigenschaften der Apotheker:innen ein Grund für die weiter sinkenden Gewinne und die steigende Unzufriedenheit im Berufsstand. So wurden den Apotheken durch das Verbot von Naturalrabatten und die drastische Beschneidung von Barrabatten die Kaufmannseigenschaften und Handlungsmöglichkeiten für den Bereich des Einkaufs verschreibungspflichtiger Arzneimittel fast völlig entzogen. Das „Skontourteil“, das den Apotheken die Annahme von Skonti verbietet, wenn zusammen mit anderen Rabatten

ihre Einkaufskonditionen den Betrag von 3,15 % bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln überschreiten – ist eine weitere dramatische Reduzierung der Handlungs- oder auch Ausgleichsmöglichkeiten bei sonst sinkenden Erträgen.

### **Kleine Lichtblicke durch kleine Anpassungen und neue Honorarbestandteile**

Immerhin kam es in den letzten Jahrzehnten zu kleinen Anpassungen wie der Anhebung der Vergütung für die Herstellung von individuellen Rezepturarzneimitteln, deren Herstellung dennoch weiterhin defizitär bleibt und aus der Mischkalkulation mit anderen Bereichen quersubventioniert werden muss.

Eine weitere positive Entwicklung ist die Neueinführung der Nacht- und Notdienstpauschale, die an die Zahl der abgegebenen Arzneimittelpackungen angeknüpft ist und über einen eigens dafür eröffneten Fonds verwaltet wird. Durch sie werden vor allem (ländliche) Apotheken mit vielen Notdiensten unterstützt, deren Gemeinwohlpflicht weniger defizitär ausfällt, weil zumindest die Personalkosten eines Nachtdienstes, nicht allerdings die eines Volldienstes an Wochenenden oder Feiertagen kompensiert werden.

In der Coronaphase wurde eine Botendienstgebühr neu eingeführt, die bei der Lieferung verschreibungspflichtiger Arzneimittel fällig wird und so die vielerorts neu oder verstärkt ein- und durchgeführten „Hausbesuche“ der Apothekenteams finanziell unterstützt.

Als die größte, weil schon in den Diskussionen von 2003 geforderte Errungenschaft wurde auch im Berufsstand die mit dem Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz 2020 neu eingeführte Vergütung pharmazeutischer Dienstleistungen (pDL)

angesehen (17). Mit ihr werden erstmalig abgekoppelt von der Arzneimittelabgabe pharmazeutische Leistungen wie die Polymedikationsberatung oder die Schulung richtiger Inhalationstechniken vergütet. Die Verwaltung dieses Honorarbestandteils erfolgt ebenfalls über einen eigenen Fonds.

Auf diese Vergütung musste die Apothekerschaft nicht nur (zu) lange warten, sondern für die Verhandlungslösung auch wieder die Schiedsstelle anrufen, obwohl die Leistungen nachweislich einen hohen Nutzen für die Patientinnen und Patienten aufweisen und der Betrag, der dafür maximal seitens der Krankenkassen aufgewendet werden muss, gedeckelt ist. Nun fehlen in den Apotheken oft genug Personal und Zeit, um auch die umfangreichen Dokumentationspflichten zu erfüllen (17), so dass der zur Verfügung stehende Betrag mit den bisher vereinbarten (erlaubten) Dienstleistungen nicht ausgeschöpft wird.

Keinen echten Lichtblick gab es hingegen bei der Anhebung des Apothekenhonorars, denn auf dessen regelmäßige Anpassung warten die Apotheken seit der Drehung der Arzneimittelpreisverordnung und trotz der Übernahme neuer Aufgaben vergeblich. Lediglich einmal wurde der feste Honorarbestandteil im Jahr 2013 um winzige drei Prozent auf 8,35 Euro erhöht, was weder der Forderung der Apotheker:innen entsprach noch einen Ausgleich für die Inflation der letzten Jahre brachte.

Die Politik begründete diese niedrige Anpassung mit der leistungsfeindlich anmutenden Argumentation, dass die Apotheken doch insgesamt in den Vorjahren mehr Packungen abgegeben hätten und dadurch mehr verdient und quasi selbst bereits die Inflation ausgeglichen hätten. Frei nach dem etwas abgewandelten Motto eines altertümlichen Spruchs „Wem der Verdienst nicht ausreicht, der

muss einfach noch mehr und noch schneller arbeiten!“. Ein neuer Anlauf verlief 2018 ebenfalls im Sande, obwohl ein vom zuständigen Ministerium in Auftrag gegebenes Gutachten (18) diversen Änderungs- und Anpassungsbedarf hervorgebracht hatte. Die aufgezeigten Lösungsvorschläge waren jedoch nicht nur in der Branche durchaus umstritten und zogen, teilweise auch zum Glück, keinerlei politische Handlung nach sich.

### Ausblicke auf ein Apothekenstärkungsgesetz?

2024 finden sich die Apotheken also in einem höchst komplexen System unterschiedlichster Honorarelemente gefangen, von denen sie trotz der Kaufmannseigenschaft kaum eines richtig selbst beeinflussen können. Die Politik erkennt, dass es ihre Pflicht ist, für eine auskömmliche Vergütung der Apotheker:innen zu sorgen, denen diverse Gemeinwohlpflichten und Aufgaben übertragen wurden und deren berechtigtes Interesse für eine faire Vergütung in der verpflichtenden Zuständigkeit des Gesetzgebers liegt, nachdem nicht erst seit dem Anstieg des Fachkräftemangels die Effizienzreserven in den Apotheken aufgebraucht sind. Zeit, dass sich wieder etwas dreht!

Und so liegen inzwischen neben einem Kabinettsentwurf für eine Apothekenreform (19) immerhin auch verschiedene weitere Vorschläge von Experten(gruppen) auf dem Tisch: Neben der ABDA, die im Frühjahr 2023 bereits eine Zehn-Punkte-Forderungskatalog (20) veröffentlicht hat, haben sich mit der „Seyfarth-Gruppe“ (21), dem Hamburger Apothekerverein mit Unterstützung des Apothekers und Betriebswirts Müller-Bohn (22) auch Expertengruppen aus dem Berufsstand zu Wort gemeldet. Auch die FDP-Fraktion im Thüringer Land-

tag unterstützt die Diskussion ebenso mit einem eigenen Vorschlag (23, 24) wie der Gießener Volkswirtschaftler Prof. Götz, der in seinem Gutachten zu einer Honorarreform (25) ein mengengestaffeltes Fixum ins Gespräch brachte (siehe auch Tabelle 1).

So kommt eine intensive oder auch interdisziplinäre Diskussion erst jetzt langsam in Gang, obwohl die verbleibende Zeit für das parlamentarische Verfahren eines Apothekenstärkungsgesetzes bereits sehr knapp geworden ist, will man nicht bis in die nächste Legislaturperiode warten, was jedoch viele Apothekenbetriebe nicht überleben würden. Auch wenn der Kabinettsentwurf eines Apothekenstärkungsgesetzes diverse, zum Teil sogar strukturverändernde Ideen für Regulierungen, Deregulierungen oder neue Aufgaben enthält, soll im Folgenden vor allem auf die honorarwirksamen Vorschläge fokussiert werden.

### Anpassung des fixen Honorarbestandteils?

- **BMG:** Hier sieht der Kabinettsentwurf eine geringfügige Anhebung von 34 Cent vor, die noch dazu in zwei Staffeln über zwei Jahre erfolgen und durch Umverteilung aus der Absenkung des prozentualen Anteils finanziert werden soll („Eigenblutspende“).
- **Alternativvorschläge:** Statt einer Umverteilung aus dem prozentualen Anteil, der derzeit bereits kaum ausreicht, bei den aktuellen Kontokorrentzinsen die Vorfinanzierung, Transaktionskosten für Kartenzahlung und das Risiko für Retaxationen und (Preis)Verfall auszugleichen, bietet sich entweder eine Umwidmung von Geldern aus dem pDL-Topf als Überbrückung oder eine Staffelung des Fixums als nachhaltigere Lösung an. Dabei wäre die mit Augenmaß vorgenommene Umstellung auf ein nach

Tabelle: Übersicht verschiedener Vorschläge zur Anpassung des Apothekenhonorars

	BMG (19)	ABDA (20)	Seyfarth-Gruppe (21)	Hamburger Apothekerverein und Müller-Bohn (22)	FDP Thüringen (24)
<b>Fixum</b>	8,69 € in zwei Staffeln aus Absenkung des variablen Teils	12,00 €	9,55 €	9,15 €	10,00 €
<b>Variabler Teil</b>	Absenkung auf 2 %, dann Verhandlung DAV/GKV-SV				Zuschlagskomponente angelehnt an Zinsentwicklung
<b>Dynamisierung</b>	Verhandlung zwischen DAV und GKV-SV	Jährliche indexierte Erhöhung	Verzicht auf Kappung	Erarbeitung eines Konzeptes auf der Basis von Indices	Dynamisierungsfaktor
<b>Sonstiges</b>		Engpassausgleich und Grundsicherungspauschale	Sicherstellungsfonds für unterversorgte Regionen	Strukturfonds	Erhöhung und Dynamisierung der Rezepturzuschläge
<b>Skonti auf Rx</b>	handelsüblich	Wiedereinführung	Wiederzulassung		Wiedereinführung
<b>Kassenabschlag</b>	Zurück auf 1,77 €		Mindestens auf 1,77 € absenken		Gestaffelte Anpassung (netto) auf 1,49 €
<b>Hochpreiser</b>				Taggleich über Liquiditätsfonds	
<b>pDL</b>	Reduktion bzw. Umverteilung in Honorar und Notdienst		Umleitung nicht abgerufener Mittel in Strukturfonds oder Honorar		Erhöhung und Dynamisierung
<b>Notdienst</b>	+ 7 Cent aus dem pDL-Topf				Anhebung der Patientenzuzahlung auf 5,00 €

Abgabemengen gestaffeltes Fixum wie es u.a. auch von der Autorin oder im Götze-Gutachten (25) präferiert wird, eine nachhaltige Form einer Umverteilung, um damit die wenigen, vor allem auch im hochautomatisierten Versandhandel möglichen Skaleneffekte zu heben und Apotheken mit niedrigeren Packungszahlen (und damit vergleichsweise höheren Grundkosten) zu stärken.

Eine derartige Staffelung könnte unter Erhalt des einheitlichen Arzneimittelpreises über einen Strukturfonds organisiert werden, in den zunächst alle Apotheken den gleichen Betrag

pro abgegebener Arzneimittelpackung einzahlen. Alle Apotheken würden dann für ihre jeweils ersten x Tausend Packungen eine gleiche Pauschale erhalten, die höher wäre als für die nächsten y Tausend Packungen. So käme das gestaffelte Fixum einer Vorhaltepauschale gleich, mit der auch Anreize geschaffen würden, (kleinere) Apotheken in Wohnortnähe zu erhalten. Voraussetzung wäre, dass die Staffelvergütungen ausreichend hoch und in sinnvollen Stufen gestaltet würden, was nur durch Umverteilung und ohne zusätzliches Geld nicht ausreichend gelingen kann.

### Hochpreiser marge deckeln?

- **BMG:** Statt einer Deckelung des Aufschlages bei hochpreisigen Arzneimitteln sieht der Kabinettsentwurf eine gänzliche Kürzung der Pauschale auf zwei Prozent in zwei Stufen vor.
- **Alternativvorschläge:** Solange eine anderweitige Dynamisierung und Honoraranpassung ausbleibt, verbietet sich eine weitere Kürzung des prozentualen Aufschlages, um die Apotheken nicht noch weiter von der allgemeinen Preisentwicklung abzukoppeln. Würden flankierend weitere Maßnahmen

getroffen wie die Vorfinanzierung der teuren Vorratshaltung von hochpreisigen Medikamenten bzw. die taggleiche Vergütung ihrer Abgabe durch die Krankenkassen an die Apotheken z.B. über eine für die Krankenkassen quasi aufwandsneutrale Vorfinanzierung durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (21, 25) sowie den Ausschluss von Nullretaxationen bei pharmazeutisch korrekter Versorgung, kann über eine Deckelung des prozentualen Aufschlags ähnlich wie beim Großhandel nachgedacht werden, wenn auch mit Sicherheit in anderer Höhe.

### Umwidmung von Teilen des Honorartopfs der pharmazeutischen Dienstleistungen?

- **BMG:** Der Entwurf sieht vor, Teile der bisher nicht abgerufenen Beträge zur Unterstützung des Nacht- und Notdienstfonds zu verwenden, um damit die Notdienstversorgung vor allem in ländlichen Gebieten zu stärken.
- **Alternativvorschläge:** Da es sich beim Notdienst um eine Gemeinwohlpflicht handelt, sollte diese auch entsprechend vom Gesetzgeber nachhaltig finanziert und die Vergütung ebenfalls regelmäßig angepasst werden. Die Querfinanzierung aus dem Topf für pharmazeutische Dienstleistungen ist sachlogisch falsch, denn der Honorartopf der pharmazeutischen Dienstleistungen sollte auch nur für ebendiese verwendet werden. Die Gründe, weshalb er bisher nicht ausgeschöpft wird, sind ebenfalls vielfältig. Die Vereinbarung gewinnbringender, möglichst unbürokratischer Vergütungen sowie weiterer sinnvoller Dienstleistungen, die in anderen europäischen Ländern bereits etabliert sind, wäre sinnvoller und nutzenstiftender als die Umwidmung, die sich allenfalls

zur kurzfristigen Überbrückung geeigneterer Maßnahmen zur Stabilisierung des Honorars anbietet.

Nichtsdestotrotz ist die Diskussion um die Verwendung der überschüssigen pDL-Mittel sicherlich sinnvoll. Sie könnten sowohl für die Anschubfinanzierung von Schulungen oder unterstützender Software für die Dienstleistungen sowie für die Anhebung der teilweise zu niedrigen, noch nicht einmal kostendeckenden Honorare der bisherigen Dienstleistungen oder natürlich auch für die Vergütung neuer Dienstleistungen wie Erst- und Folgeberatungen, Herstellung von Antibiotikasäften, Stellen von Arzneimitteln, Raucherentwöhnung, Präventionsprogramme, Impfpasskontrolle usw. verwendet werden. So würde sich im Laufe der Zeit für derartige pharmazeutische Leistungen eine Art Gebührenordnung für Apothekerinnen und Apotheker entwickeln, die es bisher nicht gibt.

### Dynamisierung der Honorarbestandteile?

- **BMG:** Der Entwurf sieht vor, sowohl den festen als auch den variablen Honorarbestandteil künftig jährlich nach festgelegten Kriterien entsprechend der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung durch die maßgeblichen Partner der Selbstverwaltung verhandeln zu lassen. Dabei sind die Entwicklungen der Versorgungssituation zur Sicherstellung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung, des Verbraucherpreisindex und der Grundlohnsumme zu berücksichtigen und ggf. auch durch ein Gutachten bzw. die Einschaltung der Schiedsstelle mit einer Entscheidung innerhalb von acht Wochen zu belegen.
- **Alternativvorschläge:** Da die Verhandlungen zwischen den maßgeb-

lichen Spitzenorganisationen der Apothekerschaft und der gesetzlichen Krankenversicherung bisher oft vor einer Schiedsstelle endeten, macht es sich der Gesetzgeber mit seinem Vorschlag recht einfach. Zielführender und durchaus auch im Sinne der politischen Verantwortung für den Freien Heilberuf des Apothekers wäre die Festlegung der Dynamisierungskriterien, nach denen die Honorarbestandteile angepasst werden, so dass die Selbstverwaltung, wenn überhaupt, nur über die Vergütung neuer Leistungsbestandteile zu verhandeln hätte.

### Skonto und Kassenzwangsabschlag?

- **BMG:** Der Entwurf sieht vor, einerseits die strenge Skontoregelung wieder zu lockern und andererseits den Krankenkassenzwangsrabatt nach § 130 SGB V von derzeit 2,00 Euro wieder auf 1,77 Euro abzusenken. Das war jedoch bereits im GKV-FinStG so festgelegt und stellt daher für die Apotheken keine Verbesserung, sondern nur eine Beendigung der diesbezüglichen Schlechterstellung nach zwei Jahren dar.
- **Alternativvorschläge:** Die Klarstellung, dass Skonti bei entsprechenden Zahlungszielen nicht als (gedeckelte) Rabatte anzusehen sind, ist sicherlich zu begrüßen. Die mit dieser Klarstellung verbundene Möglichkeit zur Verbesserung der Ertragssituation bei ausreichender Liquidität darf jedoch nicht zur Querfinanzierung ansonsten defizitärer Leistungen verwendet werden, deren Honorierung gesondert angepasst werden muss. Demgegenüber sind sowohl die Höhe des Krankenkassenzwangsrabatts sowie gerade auch in Zeiten zunehmend digitaler und zeitnaher Abrechnungsmöglichkeiten (eRezepte!) das Zahlungs-

ziel der gesetzlichen Krankenkassen zu hinterfragen (27). Bis heute stellt er eine Art Skonto oder auch „Großkundenrabatt“ dar, da er nur bei Einhaltung einer bestimmten Zahlungsfrist gewährt wird und auch zur Abgrenzung der Vergütungshöhe gegenüber der privaten Krankenversicherung dient.

Dies wäre jedoch dem Sinn nach eher eine Verhandlungsaufgabe der Vertragspartner, denn eine Aufgabe des Gesetzgebers, der Apotheken eher von weiteren finanziellen Risiken, wie (ungerechtfertigten) Retaxationen oder dem Inkassorisiko beim Herstellerrabatt schützen sollte.

### Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die selbstständigen Apothekerinnen und Apotheker mehr kurz- als mittel- oder langfristig Verlässlichkeit und Zukunftsperspektiven brauchen, die sich in den drei Bereichen Honorierung, Entbürokratisierung und (neuer) fachlicher Verantwortung zusammenfassen lassen. In allen Bereichen besteht inzwischen dringender Handlungsbedarf. Dabei ist es Aufgabe der Politik, diese Bereiche in Zusammenarbeit mit dem Berufsstand zu entwickeln und dazu auch die Berufsvertretung zum Einbringen von Lösungen und Ideen zu animieren.

Nur gemeinsam kann es wie in der Vergangenheit auch gelingen, den Apothekerinnen und Apothekern für den ihnen übergebenen Sicherstellungsauftrag auch eine auskömmliche Honorierung zuzugestehen, um so die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung, die weit mehr umfasst als eine reine logistische Abgabe, weiterhin wohnortnah, unabhängig und zuverlässig in den Händen des Freien Berufs Apotheker:in zu sichern.

Zu einem verantwortungsvollen und wertschätzenden Umgang zwischen Politik und Standespolitik gehört auch der Konsens, für die übertragenen Aufgaben keine Querfinanzierung durch andere Geschäftsbereiche oder vorangegangenen Gewinne einzufordern und Leistungen, die in der Selbstverwaltung verortet sind, auch in Verhandlungen der Selbstverwaltung zu vereinbaren.

Egal, wie die Anpassungen am Ende aussehen werden: Ohne mehr Geld für das Apothekenwesen wird es nicht gehen! Und ohne mehr Beweglichkeit in den Köpfen aller Verantwortlichen auch nicht. Es ist Zeit, dass sich wieder was dreht, damit wir weiterhin Gesundheit sichern und Apotheken stärken. Jetzt!

### Informationen und Quellenangaben

(letzter Abruf jeweils 31.07.2024 18 Uhr)

<https://www.abda.de/themen/bundesweiter-apotheken-protesttag/>

<https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apothekenpraxis/abda-nur-noch-17288-apotheken/>

[https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/ZDF/ZDF-2023/ZDF\\_23\\_102\\_103\\_Apothekendichte\\_im\\_europaeischen\\_Vergleich.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/ZDF-2023/ZDF_23_102_103_Apothekendichte_im_europaeischen_Vergleich.pdf)

<https://www.freie-berufe.de/aktuelles/groesste-probleme-der-freien-berufe/>

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/10/16/der-kassenabschluss-eine-politische-dauerbaustelle>

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/149183/Bundesgerichtshof-verbietet-Skonto-auf-verschreibungspflichtige-Arzneimittel>

<https://www.apotheke-wirtschaft.de/heftarchiv/2021/21/gutes-ergebnis-dank-corona-sondereffekten.html>

[https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ABDA\\_ZDF\\_2024\\_Broschuere.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ABDA_ZDF_2024_Broschuere.pdf)

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/das-edikt-von-salerno-121282/>

<https://www.mwv-berlin.de/produkte/!/title/heil-kunst-reloaded/id/987>

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2013/daz-10-2013/ampreisv-im-wandel>

<https://abdata.de/produkte/abdadatenbank2/>

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/pharm5-11-2001/>

<https://www.teva.de/unternehmen/presse/pressemitteilungen/ansicht/news/teva-feiert-50-jahre-rationpharm.html>

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/pol1-18-2003/>

<https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-zur-modernisierung-der-gesetzlichen-krankenversicherung-gkv-modernisierungsgesetz-gmg-g-sig/96707>

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/alles-wichtige-zu-den-pharmazeutischen-dienstleistungen-133851/>

[https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/ermittlung-der-erforderlichkeit-und-des-ausmasses-von-aenderungen-der-in-der-arzneimittelpreisverordnung-kurzfassung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/ermittlung-der-erforderlichkeit-und-des-ausmasses-von-aenderungen-der-in-der-arzneimittelpreisverordnung-kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/aporg.html>

[https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/ABDA/Forderungskatalog\\_ABDA\\_2023-02-28.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ABDA/Forderungskatalog_ABDA_2023-02-28.pdf)

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/07/02/expertenkreis-um-hav-chef-seyfarth-legt-eigene-stellungnahme-zum-aporg-vor>

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/07/16/liquiditaetsreserve-soll-hochpreiser-absichern>

<https://www.freiedemokraten-landtag.de/fdp-politiker-montag-legt-7-punkte-papier-gegen-das-apothekensterben-vor>

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/eigene-honorarreform-aus-der-fdp-146888/>

<https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/abda-gutachter-empfehlt-gestaffeltes-apothekenhonorar/>

Newsletter der GRPG Juli 2024, z.B. auf <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7221140901715206144/>

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2012/daz-41-2012/honorar-und-abschlag>

### Autorin:

**Dr. Kerstin Kemmritz**

**Apothekerin**

**Beisitzerin Apothekenwesen**

**Buschallee 88**

**13088 Berlin**

# Aus der Rechtsprechung

## Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde wegen überhöhter Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu Krankenkassenleistungen

Die 3. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts hat einer Verfassungsbeschwerde stattgegeben, die sich gegen eine sozialgerichtliche Entscheidung über die Höhe der Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung richtet. Die Sache wird an das Sozialgericht zurückverwiesen.

Gesetzlich Krankenversicherte müssen zu bestimmten Krankenkassenleistungen Zuzahlungen erbringen. Diese Zuzahlungen sind begrenzt durch eine Belastungsgrenze von regelmäßig 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens. Für Bezieher bestimmter Sozialleistungen wird die Belastungsgrenze nach der Regelbedarfsstufe 1 des SGB XII bestimmt, sodass ihnen geringere Zuzahlungen zugemutet werden. Die gesetzlich versicherte Beschwerdeführerin lebt in einem Pflegeheim. Mit Ausnahme eines Betrags von 143,92 Euro setzte sie ihre gesamte Altersrente für den Eigenanteil an den Heimkosten ein. Auf Antrag der Beschwerdeführerin setzte ihre Krankenkasse die Belastungsgrenze für Zuzahlungen von 132,04 Euro für das Jahr 2022 fest, wobei sie ihre, im Vergleich mit der Regelbedarfsstufe 1 höheren Renteneinkünfte heranzog. Die hiergegen von der Beschwerdeführerin erhobene Klage wies das Sozialgericht zurück. Zur Begründung führte es aus, § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V, wonach die Belastungsgrenze anhand der Regelbedarfsstufe 1 zu ermitteln ist, sei nicht anwendbar. Erforderlich wäre eine Kostenübernahme für

Unterkunft und Verpflegung gemäß des 3. Kapitels des SGB XII. Dies sei nicht der Fall.

Der angegriffene Gerichtsbescheid des Sozialgerichts verletzt Art. 3 Abs. 1 GG in seiner Ausprägung als Willkürverbot. Die Annahme des Sozialgerichts, eine Kostenübernahme für die Unterbringung in einem Heim im Sinne des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V setze die Kostenübernahme für Unterkunft und Verpflegung voraus, die nach dem 3. Kapitel des SGB XII erfolge, entbehrt jeder nachvollziehbaren Grundlage.

### Sachverhalt:

Die Beschwerdeführerin lebt in einem Pflegeheim und bezieht eine Altersrente. Mit Bescheid vom 7. Juli 2021 erklärte der Sozialhilfeträger, einen Teil der Heimkosten zu übernehmen, und setzte gleichzeitig einen von der Beschwerdeführerin unmittelbar an die Einrichtung zu zahlenden Eigenanteil fest. Von den Renteneinkünften brachte er eine monatliche Bekleidungs pauschale in Höhe von 23,50 Euro und einen Barbetragsanspruch in Höhe von 120,42 Euro in Abzug. Das verbleibende Einkommen ergebe den monatlich zu zahlenden Eigenanteil.

Die Beschwerdeführerin beantragte daraufhin bei ihrer Krankenkasse eine Begrenzung ihrer Zuzahlungen. Diese setzte eine anhand der Renteneinkünfte der Beschwerdeführerin ermittelte Belastungsgrenze von 132,04 Euro für das Jahr 2022 fest. Die Belastungsgrenze sei nicht nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V auf Grundlage der Regelbedarfsstufe 1 zu ermitteln gewesen, da die Beschwerdeführerin ausschließlich Leistungen nach dem 7. Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege) erhalte. Den Widerspruch der Beschwerdeführerin wies die Krankenkasse zurück.

Die daraufhin erhobene Klage wies das Sozialgericht mit Gerichtsbescheid vom 22. Juni 2022 als unbegründet zurück. Die Ausnahme nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V greife nicht. Zwar beziehe die Beschwerdeführerin Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII. Jedoch handle es sich dabei um keine Kostenübernahme im Sinne der Ausnahmenvorschrift des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V. Zu fordern sei eine Kostenübernahme für Unterkunft und Verpflegung nach den Regeln der Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß des 3. Kapitels des SGB XII. Eine solche Leistungsgewährung liege bei der Beschwerdeführerin unstreitig nicht vor.

Mit ihrer Verfassungsbeschwerde rügt die Beschwerdeführerin unter anderem einen Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG in seiner Ausprägung als Willkürverbot.

### Wesentliche Erwägungen der Kammer:

Die Verfassungsbeschwerde hat, soweit die Beschwerdeführerin eine Verletzung von Art. 3 Abs. 1 GG in seiner Ausprägung als Willkürverbot rügt, in der Sache Erfolg. Der angegriffene Gerichtsbescheid des Sozialgerichts verletzt das Willkürverbot.

Die Annahme des Sozialgerichts, eine Kostenübernahme für die Unterbringung in einem Heim im Sinne des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V setze die Kostenübernahme für Unterkunft und Verpflegung voraus, die nach dem 3. Kapitel des SGB XII erfolge (§§ 27 ff. SGB XII), entbehrt jeder nachvollziehbaren Grundlage. Eine Begründung dieser Annahme enthält die Entscheidung nicht. Es fehlt sowohl an einer Definition des Begriffs „Kosten der Unterbringung in einem Heim“ anhand der juristischen Auslegungsmethoden als

auch an einer anschließenden Subsumtion.

Die Vorgaben von § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V ergeben sich unmittelbar aus Wortlaut und Systematik der Regelung. Nach dem Wortlaut der Regelung ist Tatbestandsvoraussetzung die Kostentragung der Unterbringung des Versicherten in einem Heim oder einer anderen Einrichtung durch den Sozialhilfeträger. Der Wortlaut der Vorschrift bietet keine Anhaltspunkte dafür, dass zur Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzungen darüber hinaus erforderlich ist, dass der Sozialhilfeträger Leistungen für Unterkunft und Verpflegung nach dem 3. Kapitel des SGB XII gewährt.

Die Regelung des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V nur dann anzuwenden, wenn die im Heim untergebrachten Versicherten auch Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII bezögen, hätte zur Folge, dass der Regelung keine eigenständige Bedeutung zukommen würde. Denn ein Versicherter, der Hilfen zum Lebensunterhalt nach §§ 27 ff. SGB XII erhält, wird bereits von § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V erfasst. Nach der Gesetzessystematik stellt sich § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V vielmehr als Sonderregelung für Versicherte dar, die nicht von Nr. 1 der Regelung erfasst werden, weil sie keine Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII beziehen, gleichwohl jedoch wegen der Heimunterbringung bedürftig sind und deshalb Anspruch auf Leistungen des Sozialhilfeträgers wie Hilfe zur Pflege haben.

Die vom Sozialgericht vorgenommene – nicht weiter begründete – Einengung der Tatbestandsvoraussetzungen widerspricht auch offensichtlich der gesetzgeberischen Konzeption, neben der Personengruppe der Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII einen eigenständigen Aus-

nahmetatbestand für die gleichfalls einkommensschwache Personengruppe der Bewohner insbesondere von Alten- und Pflegeheimen zu schaffen.

Die angegriffene Entscheidung ist unter Würdigung der das Grundgesetz beherrschenden Gedanken nicht mehr verständlich, da jedwede Erwägungen zu Wortlaut, Systematik und Telos unterblieben sind, obwohl sowohl der Sachverhalt als auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin hierzu zwingenden Anlass boten. Das Ergebnis in der angegriffenen Entscheidung beruht auch auf der Art. 3 Abs. 1 GG verletzenden Auslegung. Es ist keine mit herkömmlichen Auslegungsmethoden erzielbare Auslegung denkbar, die zu dem in der angegriffenen Entscheidung gefundenen Ergebnis kommt.

**Beschluss vom 22.09.2023,  
Az.: 1 BvR 422/23**

### **Auch bei Sonnenallergie – UV-Schutz bleibt Eigenverantwortung**

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) hat entschieden, dass die gesetzliche Krankenversicherung keine UV-Schutzkleidung finanzieren muss, selbst wenn diese wegen einer Sonnenallergie nötig ist.

Geklagt hatte eine 1983 geborene Frau, die im Sommer 2018 eine schwere Sonnenallergie mit erheblichen Entzündungen der Haut (*med.: kutaner Lupus erythematoses*) entwickelte. Aufgrund der hohen Lichtempfindlichkeit musste sie stationär im Krankenhaus behandelt werden. Dort wurde ihr empfohlen, spezielle Schutzkleidung, einen Hut und Sonnencreme mit min. Lichtschutzfaktor 50+ zu verwenden.

Infolgedessen beantragte sie finanzielle Unterstützung bei ihrer Krankenkasse für UV-Schutzkleidung. Die Kasse lehnte den Antrag ab und erklärte, dass UV-Schutzkleidung und Sonnenschutzmittel keine Hilfsmittel seien, sondern als Alltagsgegenstände gelten. Diese Produkte seien allgemein im Einzelhandel erhältlich und nicht speziell für die Bedürfnisse von kranken oder behinderten Menschen entwickelt worden. Sie dürften daher nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung bezuschusst werden.

Hiergegen wandte sich die Frau und argumentierte, dass ihre Erkrankung eine medizinische Notwendigkeit für das Tragen von UV-Schutzkleidung darstelle. Dies sei nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Das LSG bestätigte die Entscheidung der Krankenkasse und urteilte, dass kein Anspruch auf Kostenübernahme bestehe. UV-Schutzkleidung sei ein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens und daher nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren. Es hat sich auf höchstrichterliche Rechtsprechung bezogen, wonach Gegenstände, die für alle Menschen nützlich und nicht speziell für Kranke oder Behinderte entwickelt wurden, von der Kostenübernahme durch die Krankenversicherung ausgenommen sind. Auch wenn UV-Schutzkleidung für Menschen mit Sonnenallergie notwendig sei, werde sie auch von Gesunden verwendet und sei im Handel frei erhältlich. Auch die Tatsache, dass solche Kleidung für bestimmte Berufsgruppen wie Straßenarbeiter und Gärtner erforderlich sei, unterstreiche, dass es sich um allgemeine Gebrauchsgegenstände handele.

**Beschluss vom 18. 06. 2024,  
Az.: L 16 KR 14/22**