

Fichte, Damian

Research Report

Versicherungsfremde Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

KBI Schrift, No. 106

Provided in Cooperation with:

DSi - Deutsches Steuerzahlerinstitut des Bundes der Steuerzahler e.V., Berlin

Suggested Citation: Fichte, Damian (2009) : Versicherungsfremde Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, KBI Schrift, No. 106, Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler (KBI), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/45564>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Versicherungsfremde Leistungen in
der Gesetzlichen Krankenversicherung

Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Damian Fichte

Karl-Bräuer-Institut
des Bundes der Steuerzahler e.V.
Berlin

Februar 2010

Herausgegeben vom Karl-Bräuer-Institut
des Bundes der Steuerzahler e.V.

Hersteller: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Bonn
ISSN 0173-3397

Preis: 8 Euro

Geleitwort

In den letzten Jahren sind die Bundeszuschüsse zu den gesetzlichen Sozialversicherungen fortlaufend erhöht worden. Damit ist die Tendenz zur verstärkten Finanzierung der Sozialversicherungsleistungen mit Steuermitteln deutlich erkennbar. Die Zuführung von Bundeszuschüssen an die Sozialversicherungen ist aber nur insoweit sachgerecht und geboten, als diese unentbehrliche versicherungsfremde Leistungen anbieten. Die Höhe der Bundeszuschüsse sollte deshalb stets nach den Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen bemessen werden.

Allerdings fehlt in allen Sozialversicherungszweigen eine gesetzliche Definition des Begriffs der versicherungsfremden Leistungen sowie eine aktuelle Aufstellung sämtlicher versicherungsfremder Leistungen seitens des Gesetzgebers. Bereits in früheren Studien befasste sich das Karl-Bräuer-Institut daher mit den versicherungsfremden Leistungen in der Gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung. Mit der vorliegenden Ausarbeitung hat das Institut nunmehr auch für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die versicherungsfremden Leistungen sowohl auf der Ausgabenseite als auch auf der Einnahmenseite der GKV ermittelt und überprüft.

Die vorliegende Institutsstudie zeigt, dass auf der Ausgabenseite der GKV zahlreiche versicherungsfremde Leistungen existieren, von denen die meisten zumindest teilweise abgebaut werden können bzw. die Finanzierungszuständigkeit auf andere Sozialversicherungsträger übertragen werden kann. Die verbleibenden versicherungsfremden Leistungen sollten sachgerecht durch den Bundeszuschuss gedeckt werden, der dann deutlich reduziert werden kann. Zudem ist es erforderlich, die Kopplung des Bundeszuschusses an die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen gesetzlich zu verankern und auch den Begriff der versicherungsfremden Leistungen im Gesetz zu definieren.

Auf der Einnahmenseite der GKV kann die Beitragsfreiheit von Ehegatten und Lebenspartnern sowie von Beziehern von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld als versicherungsfremd beurteilt werden; die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder ist dagegen *nicht* versiche-

rungsfremd. Da eine uneingeschränkte Finanzierung der versicherungsfremden Komponenten aus Steuermitteln nicht gerechtfertigt erscheint, stellt das Institut Möglichkeiten zu ihrem Abbau dar. Eine mögliche Option zur Stärkung des Versicherungsprinzips bestünde darin, von den durch die Beitragsfreiheit begünstigten Versichertengruppen einen eigenen Mindestbeitrag zu erheben. Falls ein solcher Mindestbeitrag eingeführt würde, sollten die daraus resultierenden Mehreinnahmen der GKV zur Finanzierung der Mindereinnahmen verwendet werden, die durch die vom Institut empfohlene Reduzierung des Bundeszuschusses entstehen würden.

Im Ergebnis spricht sich also das Institut für eine klare Zweckbindung des Bundeszuschusses an die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen sowie für eine Stärkung des Versicherungsprinzips auf der Einnahmenseite der GKV aus. Durch die Reduzierung des Bundeszuschusses würden Mittel freigesetzt werden, mit denen notwendige Entlastungen der Steuerzahler bei der Einkommensteuer und die erforderliche Rückführung der Nettokreditaufnahme mitfinanziert werden sollten. Darüber hinaus ist es unerlässlich, auch bestehende Einsparpotenziale auf der Ausgabenseite der GKV auszuschöpfen, um auf diese Weise die Beitragszahler zu entlasten.

Berlin, im Februar 2010

Dr. Karl Heinz Däke

Inhaltsübersicht

	Seite
Kurzfassung	1
1. Umfassende Ermittlung und Überprüfung versicherungsfremder Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erforderlich	10
2. Aufgaben und Finanzierung der GKV	14
2.1 Aufgaben und Leistungen der GKV.....	14
2.2 Finanzierung der GKV	15
3. Zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der GKV	19
3.1 Kriterien zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der GKV	19
3.2 Zur Beurteilung der Satzungs- bzw. Ermessensleistungen in der GKV.....	20
4. Versicherungsfremde Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV	24
4.1 Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung	24
4.1.1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.....	24
4.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	27
4.1.3 Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ..	30
4.1.4 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen.....	31
4.1.5 Verhütung von Zahnerkrankungen	35
4.2 Schwangerschafts- und mutterschaftsbezogene Leistungen	37
4.2.1 Leistungen zur Empfängnisverhütung.....	37
4.2.2 Leistungen beim Schwangerschaftsabbruch.....	39

4.2.3	Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft.....	42
4.2.4	Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.....	44
4.2.5	Mutterschaftsgeld	46
4.3	Kinderabhängige Leistungen.....	48
4.3.1	Haushaltshilfe	48
4.3.2	Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	49
4.4	Belastungsregelungen bei Zahnersatz und Zuzahlungen ...	52
4.4.1	Belastungsregelung bei der Kostenerstattung für Zahnersatz.....	52
4.4.2	Belastungsregelung bei Zuzahlungen.....	53
4.5	Sonstige Leistungen	55
4.5.1	Leistungen zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit	55
4.5.2	Leistungen der Palliativversorgung	56
4.5.3	Förderung der Selbsthilfe	57
4.5.4	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung	58
4.5.5	Verwaltungsausgaben für versicherungsfremde Leistungen	60
4.6	Zusammenfassung der versicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite.....	60
5.	Versicherungsfremde Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV.....	63
5.1	Einkommensabhängige Beitragsgestaltung.....	63
5.2	Beitragsfreiheit von mitversicherten Ehegatten und Lebenspartnern	68
5.3	Beitragsfreiheit bei Bezug von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld.....	73
5.4	Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern ist nicht versicherungsfremd!.....	75

6. Schlussfolgerungen und finanzpolitische Handlungsoptionen	79
6.1 Reduzierung statt Ausweitung des Bundeszuschusses	79
6.1.1 Sachgerechte Bemessung des Bundeszuschusses ...	79
6.1.2 Mangelnde Begründungen und Nachteile eines überhöhten Bundeszuschusses	81
6.2 Stärkung des Versicherungsprinzips auf der Einnahmenseite der GKV	87

Kurzfassung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erbringt neben versicherungsgemäßen Leistungen auch sogenannte versicherungsfremde Leistungen, die jedoch nicht in ihre Finanzierungszuständigkeit fallen sollten. Allerdings fehlt sowohl eine gesetzliche Definition des Begriffs der versicherungsfremden Leistungen als auch eine offizielle Aufstellung sämtlicher versicherungsfremder Leistungen seitens des Gesetzgebers. Eine fortlaufende Ermittlung und Überprüfung der versicherungsfremden Leistungen in der GKV ist aber notwendig, um festzustellen, ob die Versichertengemeinschaft nicht übermäßig belastet wird bzw. ob der Bundeszuschuss zur GKV in seiner Höhe korrekt bemessen ist. Daher versucht das Institut in der vorliegenden Ausarbeitung, alle versicherungsfremden Leistungen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite der GKV zu ermitteln und zu überprüfen.

Aufgaben und Finanzierung der GKV (S. 14 ff.)

Die originäre Aufgabe der GKV besteht darin, den Versicherten einen Versicherungsschutz für den Risikofall der Krankheit und damit Leistungen bei Eintritt, zur wirksamen Verhütung und zur Feststellung von Erkrankungen zu gewähren, zu denen überwiegend einkommensunabhängige Sach- und Dienstleistungen, aber auch Geld- bzw. Lohnersatzleistungen gehören. Versicherungsgemäße Leistungen der GKV sollten sachgerecht aus Beitragsmitteln, versicherungsfremde Leistungen dagegen aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden. Ob die derzeitige Finanzierungsstruktur der GKV diesen Erfordernissen Rechnung trägt, hängt davon ab, in welchem Umfang die GKV versicherungsgemäße und versicherungsfremde Leistungen erbringt und inwieweit diese Leistungen beitrags- oder steuerfinanziert sind.

Zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der GKV (S. 19 ff.)

Zur Ermittlung der versicherungsfremden Leistungen in der GKV hat das Institut einen Kriterienkatalog mit Hilfe des Versicherungs- bzw.

Äquivalenzprinzips erstellt. Eine Verwirklichung des Versicherungsprinzips in der GKV verlangt vor allem,

- dass die Versicherten für die Versicherungsleistungen Beiträge zu entrichten haben und diese in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen,
- dass deshalb Personen, die keine Beiträge zahlen, auch keinen Anspruch auf Leistungen haben,
- dass die Versicherten keine zusätzlichen Leistungen beanspruchen können, wenn sie dafür keine zusätzlichen Beiträge erbringen,
- dass die Versicherten nur dann Anspruch auf Leistungen haben, wenn der Risikofall der Krankheit eintritt, um ihn wirksam abzuwenden und zunächst festzustellen,
- dass die Leistungen, die dem Aufgabenbereich anderer Sozialversicherungszweige zuzurechnen sind, von diesen auch getragen werden,
- dass die Beitragsmittel für Aufgaben, die im Interesse der Versicherungsgemeinschaft sind, bzw. für den Versicherungszweck und nicht in erster Linie für allgemeine bzw. gesamtgesellschaftliche Anliegen verwendet werden.

Als *versicherungsfremd* sollen in der GKV demnach solche Leistungen eingestuft werden, bei denen die *genannten Kriterien* missachtet werden.

Versicherungsfremde Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV (S. 24 ff.)

Insgesamt beträgt das Volumen der Ausgaben für die vom Institut bezifferten versicherungsfremden Leistungen rund 3,85 Mrd. Euro. Davon können Leistungen im Umfang von rund 212 Mio. Euro abgebaut bzw. die Finanzierungszuständigkeit auf andere Sozialversicherungsträger übertragen werden; einschließlich der nicht quantifizierten Positionen fallen die Einsparungen tatsächlich noch höher aus. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Leistungen, die als versicherungsfremd einzustufen sind:

- **Primäre Prävention und Gesundheitsförderung** (Ausgaben im Jahr 2008: 304 Mio. Euro, Einsparpotenzial nicht bezifferbar): Versicherungsfremd, weil damit gesamtgesellschaftliche Ziele verfolgt werden, wie die allgemeine Gesundheitsförderung und Verminde-

rung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Einsparungen sind möglich, wenn die Präventionsstrategie vorzugsweise in anderen grundlegenderen Politikbereichen ansetzt.

- **Betriebliche Gesundheitsförderung** (Ausgaben: schätzungsweise 18 Mio. Euro, Einsparpotenzial: 18 Mio. Euro): Versicherungsfremd, weil auch die allgemeine Gesundheitsförderung in Betrieben keine originäre Aufgabe der GKV ist, die Maßnahmen auch Nichtversicherten zugutekommen und andererseits nicht von allen Versicherten in Anspruch genommen werden können. Einsparungen können erzielt werden, wenn solche Leistungen durch die Unternehmen als Nutznießer finanziert würden.
- **Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren** (Ausgaben: schätzungsweise 18 Mio. Euro, Einsparpotenzial: 18 Mio. Euro): Versicherungsfremd, weil die Leistung in den Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Unfallversicherung fällt und deshalb von ihr finanziert werden sollte.
- **Primäre Prävention durch Schutzimpfungen** (Ausgaben: 1.758 Mio. Euro, Einsparpotenzial: mindestens 176 Mio. Euro): Versicherungsfremd, weil der Schutz vor Ansteckungskrankheiten weitgehend ein gesamtgesellschaftliches Anliegen ist. Einsparungen können durch eine eigenverantwortliche Finanzierung bei privat- und berufsbedingten Schutzimpfungen sowie bei solchen Schutzimpfungen erzielt werden, die nicht von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden und als Ermessensleistungen der Krankenkassen gelten.
- **Gruppenprophylaxe** (Ausgaben: 41 Mio. Euro, Einsparpotenzial nicht bezifferbar): Versicherungsfremd, weil damit eine gesamtgesellschaftliche Zielsetzung verfolgt wird, nämlich die Inanspruchnahme der Zahnprophylaxe von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit relativ niedrigem sozialökonomischen Status zu fördern, und weil die Gruppenprophylaxe auch von Nichtversicherten in Anspruch genommen werden kann. Einsparungen sind möglich, wenn die Präventionsstrategie vorzugsweise in anderen grundlegenderen Politikbereichen ansetzt.
- **Nicht medizinisch erforderliche Leistungen zur Empfängnisverhütung** (Ausgaben: keine amtlichen Zahlenangaben, Einsparpoten-

zial: 0): Versicherungsfremd, weil die Verhinderung von ungewollten Schwangerschaften bei jungen Frauen und eine verantwortungsbewusste Familienplanung als gesamtgesellschaftliche Anliegen gelten und eine Altersbegrenzung bei der Leistungsinanspruchnahme besteht.

- **Leistungen bei Schwangerschaftsabbrüchen gemäß der Beratungsregelung und aufgrund kriminologischer Indikation** (Ausgaben: keine amtlichen Zahlenangaben, Einsparpotenzial nicht bezifferbar): Versicherungsfremd, wenn die Leistungen medizinisch nicht notwendig sind, da damit gesamtgesellschaftliche Ziele verfolgt werden, nämlich illegale Schwangerschaftsabbrüche und eine soziale Benachteiligung Schwangerer zu verhindern. Einsparungen sind bei Leistungen bei Schwangerschaftsabbrüchen gemäß der Beratungsregelung durch bedürftigkeitsabhängige Leistungsgewährung möglich.
- **Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft** (Ausgaben: keine amtlichen Zahlenangaben, Einsparpotenzial nicht bezifferbar): Versicherungsfremd, weil es sich um familienpolitisch motivierte Maßnahmen handelt sowie wegen des Ausschlusses von nicht verheirateten Versicherten, und weil eine Altersbegrenzung bei der Leistungsinanspruchnahme gilt. Einsparungen können durch eine bedürftigkeitsabhängige Leistungsgewährung erzielt werden.
- **Haushaltshilfe bei Schwanger- und Mutterschaft** (Ausgaben: 55 Mio. Euro, Einsparpotenzial nicht bezifferbar): Versicherungsfremd, weil das Ziel der Weiterführung des Haushalts der Versicherten ein gesamtgesellschaftliches Anliegen ist. Einsparungen können durch eine bedürftigkeitsabhängige Leistungsgewährung erzielt werden.
- **Mutterschaftsgeld** (Ausgaben: 519 Mio. Euro, Einsparpotenzial: 0): Versicherungsfremd, weil der Schutz von (werdenden) Müttern ein gesamtgesellschaftliches Anliegen ist und die Leistungshöhe und -dauer unterschiedlich gestaltet ist.
- **Haushaltshilfe bei stationärer Behandlung** (Ausgaben: 183 Mio. Euro, Einsparpotenzial nicht bezifferbar): Versicherungsfremd, weil damit die Grundversorgung von Kindern gewährleistet werden soll und dies ein gesamtgesellschaftliches Anliegen ist, und weil die Leistungsinanspruchnahme auf bestimmte Versichertengruppen be-

schränkt ist. Einsparungen können durch bedürftigkeitsabhängige Leistungsgewährung erzielt werden.

- **Krankengeld bei Erkrankung des Kindes** (Ausgaben: 118 Mio. Euro, Einsparpotenzial nicht bezifferbar): Versicherungsfremd, weil damit die Grundversorgung von Kindern sichergestellt werden soll und dies ein gesamtgesellschaftliches Ziel ist, und weil die Leistungsanspruchnahme auf bestimmte Versichertengruppen beschränkt und unterschiedlich geregelt ist. Einsparungen können durch Inanspruchnahme anderer Optionen für eine Arbeitsfreistellung erzielt werden.
- **Belastungsregelung bei der Kostenerstattung für Zahnersatz** (Ausgaben: 420 Mio. Euro, Einsparpotenzial: 0) und **Belastungsregelung bei Zuzahlungen** (Ausgaben: 301 Mio. Euro, Einsparpotenzial: 0): Versicherungsfremd, weil es sich um eine bedürftigkeitsabhängige Fürsorgeleistung des Staates und eine Zusatzleistung für bestimmte Versichertengruppen handelt.
- **Leistungen zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit** (Ausgaben: keine amtlichen Zahlenangaben, Einsparpotenzial: 0): Versicherungsfremd, weil solche Leistungen in den Zuständigkeitsbereich der Sozialen Pflegeversicherung fallen und deshalb von ihr finanziert werden sollten.
- **Leistungen der Palliativversorgung** (Ausgaben: 72 Mio. Euro, Einsparpotenzial: 0): Versicherungsfremd, weil die Sterbebegleitung als ein gesamtgesellschaftliches Anliegen betrachtet wird.
- **Förderung der Selbsthilfe** (Ausgaben: 39 Mio. Euro, Einsparpotenzial nicht bezifferbar) und **Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenversorgung** (Ausgaben: 4 Mio. Euro, Einsparpotenzial nicht bezifferbar): Versicherungsfremd, weil die finanzielle Unterstützung von privaten Einrichtungen keine Aufgabe der GKV sein sollte und weil auch Nichtversicherte davon profitieren.
- **Anteilige Verwaltungsausgaben** (Ausgaben und Einsparpotenzial mangels amtlicher Zahlen nicht bezifferbar): Versicherungsfremd, weil die Ausgaben durch die Bereitstellung der zuvor genannten versicherungsfremden Leistungen verursacht werden. Einsparungen

sind möglich, wenn die zuvor genannten abbaubaren Leistungen zurückgeführt werden.

Versicherungsfremde Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV (S. 63 ff.)

Zu den versicherungsfremden Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV gehört vor allem die geltende **einkommensabhängige Beitragsgestaltung**. Da fast alle Leistungen der GKV einkommens~~un~~abhängig ausgestaltet sind und von den Versicherten im gleichen Ausmaß beansprucht werden können, verstößt die einkommensabhängige Beitragsgestaltung gegen das Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip, denn für unterschiedlich hohe Beiträge können die Versicherten Leistungen in gleicher Höhe beanspruchen. Durch die einkommensabhängige Beitragsgestaltung erfolgt ein Einkommensausgleich zwischen höheren und niedrigeren Einkommen, mit dem eine verteilungspolitische Zielsetzung verfolgt wird, die jedoch als ein gesamtgesellschaftliches Anliegen betrachtet wird und deshalb nicht in den Zuständigkeitsbereich der GKV fallen sollte. Zur Verwirklichung des Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzips auf der Einnahmenseite der GKV wäre es folgerichtig und sachgerecht, die einkommensabhängige Beitragsbemessung aufzugeben und stattdessen einkommens~~un~~abhängige Beiträge zu erheben. Ein solch grundlegender Umbau der Finanzierungsstruktur der GKV erscheint allerdings zumindest kurz- und mittelfristig politisch kaum durchsetzbar, weshalb damit zu rechnen ist, dass die bestehende Finanzierungsstruktur der GKV mit einkommensabhängigen Beiträgen auf absehbare Zeit erhalten bleibt. Insoweit besteht ein pragmatischer Ansatz bei der Abgrenzung der versicherungsfremden Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV darin, von der derzeit geltenden einkommensabhängigen Beitragsgestaltung als (noch) gegeben auszugehen. Damit wird jedoch eine gewisse Abkehr vom Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip in der GKV (noch) in Kauf genommen.

Die bestehende Finanzierungsstruktur der GKV verstößt aber auch gegen ein weiteres Kriterium zur Verwirklichung des Versicherungsprinzips, denn bestimmte Versichertengruppen zahlen für empfangene Leistungen überhaupt keinen Beitrag. Aus diesem Grund ist sowohl die **Beitrags-**

freiheit von mitversicherten Ehegatten und Lebenspartnern als auch die **Beitragsfreiheit bei Bezug von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld** als versicherungsfremd zu beurteilen. Diese Beitragsfreistellungen führen zu beträchtlichen Begünstigungen der betreffenden Versichertengruppen. Da deshalb eine uneingeschränkte Finanzierung aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates nicht gerechtfertigt erscheint, wäre ein Abbau dieser versicherungsfremden Komponenten zu prüfen. Zur Stärkung des Versicherungsprinzips auf der Einnahmenseite der GKV bestünde eine Möglichkeit darin, von diesen Versichertengruppen einen eigenen Mindestbeitrag zu erheben. Die Höhe eines solchen Mindestbeitrags ist jedoch nicht eindeutig herzuleiten und wäre daher von der Politik festzulegen. Als Anknüpfungspunkt für seine Bemessung könnte die monatliche Bezugsgröße fungieren. Hierzu stellt das Institut vier Beitragsoptionen dar. Um finanzielle Überforderungen von Haushaltsgemeinschaften mit relativ geringem Einkommen zu verhindern, könnten flankierend dazu bedürftigkeitsabhängige Beitragszuschüsse gewährt werden.

Nicht versicherungsfremd ist dagegen die **beitragsfreie Mitversicherung von Kindern**. Die Versicherten mit Kindern erbringen durch Aufziehen, Betreuung und Erziehung der Kinder einen wichtigen Beitrag zur dauerhaften Tragfähigkeit des Umlageverfahrens, der in Abgrenzung zu den monetären Finanzierungsbeiträgen als ein generativer Beitrag bezeichnet werden kann. Durch den Verzicht auf die Erhebung von Beiträgen für Kinder wird dieser generative Beitrag der kindererziehenden Versicherten in grob pauschalierter Weise ausgeglichen und stellt eine Gegenleistung der Versichertengemeinschaft für den zusätzlichen Beitrag der Kindererziehenden dar.

Schlussfolgerungen und finanzpolitische Handlungsoptionen (S. 79 ff.)

Das Institut empfiehlt eine **Reduzierung statt Ausweitung des Bundeszuschusses zur GKV**. Der Bundeszuschuss sollte sachgerecht nach dem Umfang der Ausgaben für die versicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV bemessen werden. Die geltende gesetzliche Regelung sollte entsprechend angepasst und der Begriff der versiche-

rungsfremden Leistungen im Gesetz definiert werden. Da die Ausgaben für die vom Institut bezifferten und nicht abbaubaren versicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite bei 3,64 Mrd. Euro liegen, sollte der Bundeszuschuss entsprechend reduziert werden. Dadurch könnte der Bundeshaushalt im Jahr 2010 um bis zu 8,16 Mrd. Euro entlastet werden. Diese Einsparungen im Bundeshaushalt sind für notwendige Entlastungen der Steuerzahler bei der Einkommensteuer und für die erforderliche Rückführung der Nettokreditaufnahme mit zu verwenden.

Abzulehnen ist ferner die Zuweisung von zusätzlichen Haushaltsmitteln des Bundes im Jahr 2010 in Höhe von 3,9 Mrd. Euro an die GKV zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen. Vielmehr ist beim Gesundheitsfonds künftig eine angemessene Schwankungsreserve anzusammeln, mit der konjunkturbedingte Mindereinnahmen ausgeglichen werden sollten, um prozyklische Erhöhungen des allgemeinen Beitragssatzes zur GKV zu vermeiden. Obwohl der Gesundheitsfonds im Jahr 2010 noch über keine ausreichenden Finanzreserven verfügt, ist auch ausnahmsweise ein einmaliger Bundeszuschuss im Jahr 2010 zum Ausgleich der konjunkturbedingten Mindereinnahmen abzulehnen, weil auch ohne zusätzliche Mittel die Funktionsfähigkeit des Gesundheitsfonds sichergestellt ist.

Auf der **Einnahmenseite der GKV** erscheint eine uneingeschränkte Finanzierung der versicherungsfremden Beitragsfreiheit von Ehegatten und Lebenspartnern sowie von Beziehern von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld nicht gerechtfertigt. Stattdessen könnte ein Abbau dieser versicherungsfremden Komponenten durch eine angemessene Beitragsgestaltung in Erwägung gezogen werden. Eine mögliche Option bestünde darin, von den durch die Beitragsfreiheit begünstigten Versichertengruppen einen eigenen Mindestbeitrag zu erheben. Auf diese Weise könnten die versicherungsfremden Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV abgebaut und das Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip gestärkt werden. Durch die Erhebung eines eigenen Mindestbeitrags von den bisher beitragsfrei mitversicherten Ehegatten und Lebenspartnern könnte die GKV jährliche Mehreinnahmen von etwa 3,87 Mrd. bis 13,08 Mrd. Euro erzielen. Hinzu kämen nicht bezifferte Mehreinnahmen, die durch die Erhebung eines Mindestbeitrags für die bisher beitragsfrei versicher-

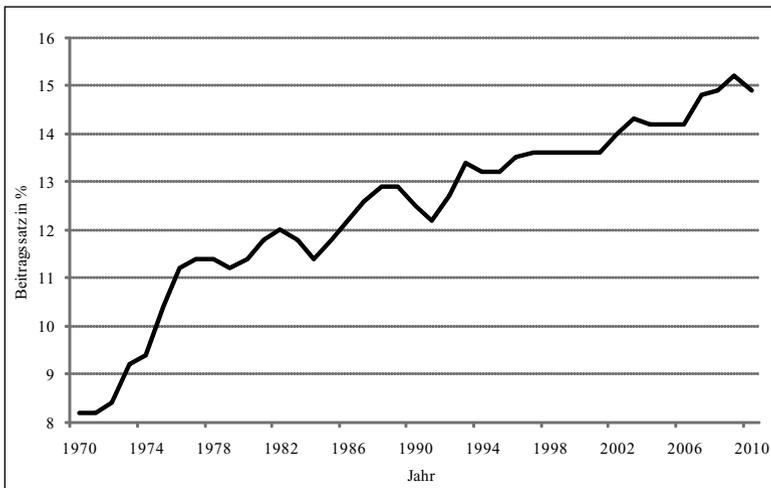
ten Bezieher von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld erzielt werden könnten. Falls ein solcher Mindestbeitrag eingeführt würde, sollten die daraus resultierenden Mehreinnahmen der GKV zur Finanzierung der Mindereinnahmen verwendet werden, die durch die vom Institut empfohlene Reduzierung des Bundeszuschusses zur Deckung der Ausgaben für die versicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite entstehen würden. Darüber hinaus sind bestehende Einsparpotenziale auf der Ausgabenseite der GKV auszuschöpfen, um für alle Beitragszahler der GKV Entlastungen zu ermöglichen. Von diesen allgemeinen Entlastungen würden auch diejenigen Personengruppen profitieren, deren bisherige Begünstigungen gegebenenfalls durch die Zahlung eines Mindestbeitrags abgebaut würden. Die Mehrbelastungen derjenigen Haushaltsgemeinschaften, die dann einen Mindestbeitrag zu zahlen hätten, könnten zudem zumindest teilweise durch eine vom Institut vorgeschlagene und erforderliche Entlastung bei der Einkommensteuer kompensiert werden.

Gleichwohl könnte die Zahlung eines Mindestbeitrags Haushaltsgemeinschaften mit einem relativ geringen Haushaltseinkommen finanziell überfordern. Um derartige Überbelastungen zu vermeiden, könnten im Bedürftigkeitsfall Zuschüsse aus allgemeinen Bundesmitteln, beispielsweise in Form ergänzender Grundsicherungsleistungen, gewährt werden. Zur Finanzierung dieser Fürsorgeleistungen wären begrenzte Bundesmittel einzuplanen, die aus den frei werdenden Mitteln infolge der gebotenen Reduzierung des Bundeszuschusses zur GKV finanziert werden könnten.

1. Umfassende Ermittlung und Überprüfung versicherungsfremder Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erforderlich

In den vergangenen Jahrzehnten ist die Belastung der Beitragszahler mit Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stetig gestiegen. Der durchschnittliche Beitragssatz zur GKV kletterte in den letzten 40 Jahren von 8,2 % auf nunmehr 14,9 %; zeitweise lag er sogar bei 15,5 %¹ (siehe *Abbildung 1*).

Abbildung 1: Beitragssatz zur GKV seit 1970



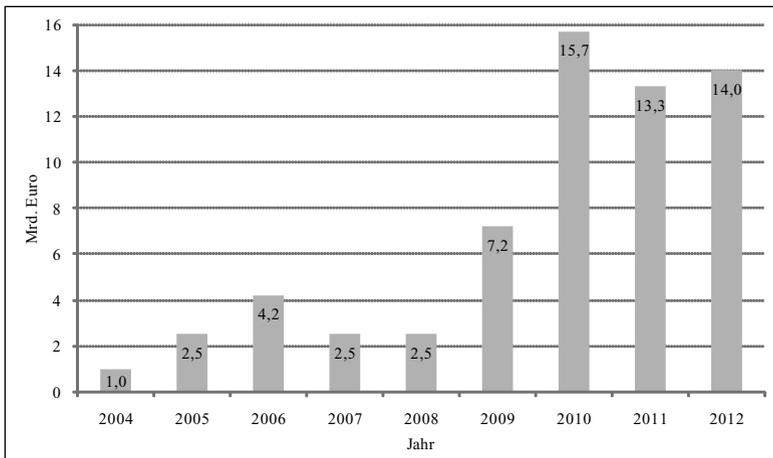
Anmerkung: Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz; seit 2005 einschließlich des zusätzlichen Beitragssatzes von 0,9 %. Quellen: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

¹ Den Wert von 15,5 % erreichte der allgemeine Beitragssatz zur GKV im ersten Halbjahr 2009.

Zu dieser Entwicklung hat die Belastung der Versichertengemeinschaft der GKV mit sogenannten versicherungsfremden Leistungen beigetragen. Dabei handelt es sich um Leistungen, die dem Zweck der GKV fremd sind und überwiegend ein gesamtgesellschaftliches Anliegen verfolgen. Solche Leistungen sollten grundsätzlich nicht aus den Beitragseinnahmen der GKV, sondern vielmehr aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden.²

Deswegen erhält die GKV einen Zuschuss aus dem Bundeshaushalt, der gemäß gesetzlicher Vorgabe die Funktion hat, die Aufwendungen der GKV für versicherungsfremde Leistungen pauschal abzugelten. Dieser Bundeszuschuss ist seit seiner Einführung im Jahr 2004 kräftig erhöht worden. So betrug er im Einführungsjahr 2004 lediglich eine Milliarde Euro; im Jahr 2010 wird er voraussichtlich eine Höhe von 15,7 Mrd. Euro erreichen (siehe *Abbildung 2*).³

Abbildung 2: Bundeszuschuss zur GKV



Quelle: Eigene Zusammenstellung.

² Siehe Abschnitt 3.1.

³ Siehe auch Abschnitt 2.2 und 6.1.

Allerdings enthält das Sozialgesetzbuch keine Definition des Begriffs der versicherungsfremden Leistungen. Ebenfalls existiert keine aktuelle Aufstellung sämtlicher versicherungsfremder Leistungen in der GKV, an der sich die Bemessung des Bundeszuschusses orientieren könnte.⁴ Auch von Seiten der Wissenschaft wurde in jüngster Vergangenheit kaum der Versuch unternommen, alle versicherungsfremden Leistungen in der GKV zu ermitteln. Zwar gibt es neuere Untersuchungen zum Umfang der versicherungsfremden Leistungen auf der Einnahmenseite der GKV,⁵ eine Ermittlung der ausgabeseitigen versicherungsfremden Leistungen blieb jedoch weitgehend aus. Die meisten vorliegenden Studien und Gutachten beschränken sich lediglich auf eine Auflistung möglicher versicherungsfremder Leistungen, ohne aber eine eingehende Begründung für deren versicherungsfremden Charakter zu geben.⁶

Es ist daher offensichtlich, dass im Bereich der ausgabeseitigen versicherungsfremden Leistungen der GKV noch ein Ermittlungs- und Überprüfungsbedarf vorliegt. Deshalb versucht das Institut, im Rahmen dieser Ausarbeitung sämtliche versicherungsfremden Leistungen vor allem auf der Ausgabenseite der GKV zu ermitteln und zu bewerten. Zudem umfasst die Untersuchung auch die Ermittlung und Beurteilung der ver-

-
- 4 Zwar wird in den vorläufigen Rechnungsergebnissen der GKV ein Posten „versicherungsfremde Leistungen“ aufgeführt, der im Jahr 2008 rund 3,5 Mrd. Euro betrug (vgl. *Bundesministerium für Gesundheit*, Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV 45, 1.-4.Quartal 2008, Stand 5. März 2009, abrufbar im Internet unter www.bmg.bund.de, Abrufdatum: 10.07.2009); jedoch fehlt eine detaillierte Aufschlüsselung, aus welchen einzelnen Leistungen sich diese Position zusammensetzt.
 - 5 Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen, Jahresgutachten 2005/2006, Tz. 514 ff. sowie *S. Moog und B. Raffelhüschen*, Sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse, Freiburg 2006.
 - 6 Vgl. beispielsweise *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Jahresgutachten 2005/2006, Fn 5, Tz. 534; *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Sondergutachten 1995, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden 1995, Tz. 107 oder *V. Meinhardt und R. Zwiener*, Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung, Berlin 2005, S. 13. Eine ausführliche Ermittlung versicherungsfremder Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV findet sich dagegen in den im Rahmen dieser Ausarbeitung zitierten Untersuchungen des *Fritz-Beske-Instituts für Gesundheitssystemforschung* sowie bei *P. Kistorz*, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt am Main [u. a.] 1998.

sicherungsfremden Leistungen auf der Einnahmenseite der GKV. Ziel der Ausarbeitung ist es, schließlich zu prüfen, ob das Verhältnis von Beitragsmitteln und allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates in der GKV mit den Grundsätzen einer sachgerechten Finanzierung vereinbar ist, und darzulegen, wie die derzeitige Finanzierungsstruktur gegebenenfalls optimiert werden kann, damit die Beitrags- und Steuerzahler nicht übermäßig mit Abgaben belastet werden.

2. Aufgaben und Finanzierung der GKV

2.1 Aufgaben und Leistungen der GKV

Die originäre Aufgabe einer Krankenversicherung besteht darin, den Versicherungsnehmern einen Versicherungsschutz für den Risikofall der Krankheit⁷ zu gewähren.⁸ Damit entspricht die Krankenversicherung dem Bild einer Risikoversicherung. Zu den versicherbaren Gefahren bei Eintritt des Risikos „Krankheit“ gehören im Wesentlichen zwei finanzielle Schäden, denen das Individuum im Krankheitsfall ausgesetzt ist: erstens die Belastung durch die Kosten einer medizinisch erforderlichen Behandlung und zweitens die Belastung durch entgangenes Arbeitseinkommen aufgrund krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit.⁹ Mit dem Abschluss einer Krankenversicherung kann sich ein Versicherungsnehmer vor diesen beiden finanziellen Gefahren schützen. Zu den Leistungen der Krankenversicherung zählen folglich einerseits die Erstattung der Kosten für die medizinische Behandlung, wenn der Risikofall der Krankheit eintritt, um ihn wirksam abzuwenden und zunächst festzustellen¹⁰, sowie andererseits die Gewährung einer Einkommensersatzleistung aufgrund krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit.

In Deutschland ist der Großteil der versicherungspflichtigen Bevölkerung in der GKV versichert. Die GKV ist einer der fünf Zweige der ge-

7 Der Begriff „Krankheit“ ist im SGB V nicht definiert. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die Krankheit im Sinne der GKV ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat (vgl. *K. Höfler*, Kommentar zum § 27 SGB V, Rdnr. 9, in: *S. Leitherer* (Hrsg.), *Kassler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht*, Band 1). Unter dem Begriff „Krankheit“ soll demnach im Rahmen dieser Ausarbeitung eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustands verstanden werden, die eine medizinische Behandlung erfordert und/oder zu Arbeitsunfähigkeit führt.

8 Vgl. beispielsweise *P. Oberender* und *J. Fleischmann*, *Gesundheitspolitik in der Sozialen Marktwirtschaft*, Stuttgart 2002, S. 38.

9 Vgl. ebenda. Daneben besteht für das Individuum eine nicht-versicherbare Gefahr im Krankheitsfall darin, dass der Gesundheitszustand vor der Erkrankung nicht wiederhergestellt werden kann. Vgl. *F. Breyer*; *P. Zweifel* und *M. Kifmann*, *Gesundheitsökonomik*, 5. Auflage, Berlin [u. a.] 2005, S. 221 f.

10 Im Unterschied zu anderen Risiken ist der Risikofall der Krankheit häufig nicht ohne eine vorherige Diagnose festzustellen. Der Risikofall kann nämlich auch dann vorliegen, wenn für den Versicherten keine spürbare und sichtbare Gesundheitsbeeinträchtigung vorliegt. Man denke beispielsweise an eine Krebserkrankung, die im Frühstadium meist unmerklich verläuft.

setzlichen Sozialversicherung in Deutschland und wurde bereits im Jahr 1883 eingeführt. Träger der GKV sind die zurzeit rund 170 gesetzlichen Krankenkassen. Bei den meisten Leistungen der GKV handelt es sich um einkommensunabhängige Sach- und Dienstleistungen, die nach dem Sachleistungsprinzip gewährt werden. Dabei erhält der Versicherte die Leistung durch den Leistungserbringer, ohne dass er die Kosten zunächst selbst tragen muss. Er wird auch nicht in den Zahlungsvorgang involviert, so dass ihm die Kosten seiner Krankheitsbehandlung vollkommen unbekannt bleiben. Stattdessen erfolgt die Kostenabrechnung direkt zwischen der Krankenversicherung und dem Leistungserbringer.¹¹ Lediglich das Kranken- und das Mutterschaftsgeld werden als Einkommensersatzleistungen einkommensabhängig von der GKV gezahlt. Die Ausgaben der GKV beliefen sich im Jahr 2008 auf 160,9 Mrd. Euro.¹²

2.2 Finanzierung der GKV

Als zentraler Grundsatz für die Finanzierung der Sozialversicherung ist das *Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip* anerkannt. Danach sollen Sozialversicherungsbeitrag und Sozialversicherungsleistung in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. *Sozialversicherungsleistungen* dürfen somit nur diejenigen Personen in Anspruch nehmen, die Mitglieder einer speziell definierten Versicherungsgemeinschaft sind und deshalb gesonderte Beiträge in die jeweilige Sozialkasse eingezahlt haben. Für die übrigen Sozialleistungen des Staates gilt dagegen das *Fürsorgeprinzip*. Bei *Fürsorgeleistungen* handelt es sich um gesamtgesellschaftliche Leistungen, die an keine Vorleistung geknüpft sind und

11 Dagegen wird in der privaten Krankenversicherung das *Kostenerstattungsprinzip* angewendet, bei dem der Versicherte für seine Krankheitsbehandlung zunächst selbst aufkommt und die ihm entstandenen Kosten bei seiner Krankenversicherung geltend macht, die ihm wiederum die nachgewiesenen Ausgaben erstattet (vgl. *F. Breyer; P. Zweifel und M. Kifmann*, Gesundheitsökonomik, Fn 9, S. 417 sowie *J.-M. Graf von der Schulenburg und W. Greiner*, Gesundheitsökonomik, Tübingen 2000, S. 37 f.). Zwar haben die Versicherten der GKV gemäß § 13 SGB V grundsätzlich ein Recht auf Kostenerstattung gegenüber ihrer Krankenkasse, dieses wird allerdings kaum in Anspruch genommen.

12 Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit*, Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2008, Stand 7. Juli 2009, abrufbar im Internet unter www.bmg.bund.de, Abrufdatum: 10.07.2009.

auf die jeder Bürger im Falle der Bedürftigkeit einen Anspruch hat.¹³ Gemäß diesen beiden Prinzipien sind die Aufgaben und die Befugnisse des Staates voneinander abzugrenzen. Insbesondere kann den verschiedenen staatlichen Sozialleistungen eine eigene Finanzierungsform zugeordnet werden. Während *Sozialversicherungsleistungen* aus zweckgebundenen Beiträgen finanziert werden sollten, sind gesamtgesellschaftliche *Fürsorgeleistungen* von der Allgemeinheit zu tragen und damit aus allgemeinen und nicht zweckgebundenen Haushaltsmitteln des Staates zu finanzieren.¹⁴

Entsprechend diesen Finanzierungsgrundsätzen erhebt die GKV zur Finanzierung ihrer Leistungen sachgerecht zweckgebundene Beiträge, die ihre Haupteinnahmequelle bilden. Die Beitragsbemessung in der GKV orientiert sich im Gegensatz zu privaten Versicherungen nicht an der reinen versicherungstechnischen Individualäquivalenz, sondern berücksichtigt auch solidarische Elemente. So werden Sozialversicherungsbeiträge nicht nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand differenziert. Zudem besteht bei den gesetzlichen Krankenkassen als Träger der GKV ein Kontrahierungszwang, so dass allen Interessenten unabhängig vom Gesundheitszustand und von Vorerkrankungen ein Versicherungsschutz gewährt wird und niemandem der Zugang zum Versicherungsschutz verweigert werden darf. Darüber hinaus werden die Beiträge zur GKV einkommensabhängig erhoben. Im Jahr 2008 betragen die Beitragseinnahmen der GKV 153,3 Mrd. Euro.¹⁵

Seit dem 1. Januar 2009 wird der allgemeine Beitragssatz zur GKV zentral festgelegt¹⁶; die einzelnen Krankenkassen dürfen daher nicht mehr ihre Beitragssätze individuell bestimmen.¹⁷ Zurzeit gilt bis zu einer Bei-

13 Zur genauen Unterscheidung der Prinzipien vgl. etwa *H. Lampert und J. Althammer*, Lehrbuch der Sozialpolitik, 8. Auflage, Berlin [u. a.] 2007, S. 276 ff.

14 Die Zuordnung der Finanzierungsformen zu den verschiedenen Leistungsarten ist innerhalb der finanzwissenschaftlichen Literatur allgemein anerkannt. Vgl. beispielsweise ebenda sowie *H. Zimmermann und K.-D. Henke*, Finanzwissenschaft, 9. Auflage, München 2005, S. 163 ff.

15 Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit*, Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2008, Fn 12.

16 Die Bundesregierung legt den einheitlichen Beitragssatz durch Rechtsverordnung jeweils zum 1. November mit Wirkung zum 1. Januar des Folgejahres fest.

17 Siehe auch Abschnitt 3.2.

tragsbemessungsgrenze von 3.750 Euro/Monat ein allgemeiner Beitragssatz von 14,9 % des beitragspflichtigen Einkommens.¹⁸ Die Einnahmen aus der Erhebung des allgemeinen Beitragssatzes werden zunächst im Gesundheitsfonds gesammelt, der die Beitragseinnahmen an die einzelnen Krankenkassen verteilt.¹⁹ Im Jahr 2009 sollten durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen vollständig und in den Folgejahren zu mindestens 95 % gedeckt werden.²⁰ Diejenigen Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre Ausgaben nicht vollständig decken können, dürfen einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Dieser kann sowohl einkommensabhängig als auch einkommensunabhängig sein. Jedoch darf der Zusatzbeitrag ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten nicht übersteigen.²¹ Es ist aber auch möglich, dass der Mittelbedarf der einzelnen Krankenkasse ihre Zuweisung aus dem Fonds unterschreitet. In einem solchen Fall kann die betroffene Krankenkasse eine Prämie an ihre Mitglieder ausschütten.

Neben den Beitragseinnahmen erhält die GKV bzw. der Gesundheitsfonds auch einen Zuschuss aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Bundes. Während aus dem Beitragsaufkommen sachgerecht die versicherungsgemäßen Leistungen finanziert werden sollen, dient der Bundeszuschuss grundsätzlich der pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der GKV.²² Der Bundeszuschuss betrug im Jahr 2008 2,5 Mrd. Euro, im Jahr 2009 7,2 Mrd. Euro und wird im Jahr 2010 auf 11,8 Mrd. sowie in den beiden Folgejahren auf insgesamt 14 Mrd. Euro steigen.²³ Zusätzlich zu diesen bereits gesetzlich festgelegten Beträgen soll die GKV im

18 Von diesen 14,9 % tragen die Arbeitnehmer einen Anteil von 7,9 Prozentpunkten und die Arbeitgeber einen Anteil von 7 Prozentpunkten.

19 Die Krankenkassen erhalten für jeden Versicherten einen gleichhohen Beitrag in Höhe der durchschnittlichen Kosten je Versicherten und zudem alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge.

20 Übersteigen die Beitragseinnahmen die Ausgabendeckungsquote von 100 %, so ist der allgemeine Beitragssatz zu senken. Sind die Beitragseinnahmen niedriger als die Ausgabendeckungsquote von 95 %, so ist der allgemeine Beitragssatz zu erhöhen. Vgl. § 220 Abs. 2 SGB V.

21 Vgl. § 242 SGB V.

22 Vgl. § 221 Abs. 1 SGB V.

23 Vgl. ebenda und siehe auch Abbildung 2 auf S. 11.

Jahr 2010 einen weiteren Bundeszuschuss in Höhe von 3,9 Mrd. Euro zum Ausgleich der krisenbedingten Mindereinnahmen erhalten.²⁴

Aus der bestehenden Finanzierungsstruktur wird ersichtlich, dass die GKV zurzeit neben den versicherungsgemäßen Aufgaben auch solche Aufgaben erfüllt, die ihrem Versicherungszweck fremd sind. Die Übertragung von sachfremden Aufgaben an die GKV, die normalerweise in den Zuständigkeitsbereich anderer staatlicher Institutionen fallen, ist nur dann mit verfassungsrechtlichen und haushaltspolitischen Grundsätzen vereinbar, wenn das Konnexitätsprinzip beachtet wird. Gemäß dem Konnexitätsprinzip muss diejenige Ebene, die die Zuweisung angeordnet hat, auch die Finanzierung jener Aufgabe sicherstellen.²⁵ Ob die derzeitige Finanzierungsstruktur der GKV sachgerecht ist, hängt davon ab, in welchem Umfang die GKV versicherungsgemäße bzw. versicherungsfremde Leistungen erbringt und inwieweit sie beitrags- oder steuerfinanziert sind. Um dies beurteilen zu können, sollen im Rahmen dieser Ausarbeitung die versicherungsfremden Leistungen der GKV anhand der im nächsten Abschnitt erläuterten Kriterien bestimmt und überprüft werden.

24 Vgl. *Bundesregierung*, Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme und zur Einführung eines Sonderprogramms mit Maßnahmen für Milchviehhalter sowie zur Änderung anderer Gesetze (Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz – SozVersStabG), Bundsrats-Drucksache 3/10. Siehe auch Abschnitt 6.1.2.

25 Vgl. etwa *H. Zimmermann und K.-D. Henke*, Finanzwissenschaft, Fn 14, S. 508. Das Konnexitätsprinzip basiert auf Art. 104a GG und findet im Sozialversicherungsrecht durch § 30 SGB IV eine Berücksichtigung.

3. Zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der GKV

3.1 Kriterien zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der GKV

Zur genauen Abgrenzung von versicherungsgemäßen und versicherungsfremden Leistungen in der GKV werden Kriterien mit Hilfe des Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzips formuliert.²⁶ Eine Verwirklichung des Versicherungsprinzips in der GKV verlangt vor allem,

- dass die Versicherten für die Versicherungsleistungen Beiträge zu entrichten haben und diese in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen,
- dass deshalb Personen, die keine Beiträge zahlen, auch keinen Anspruch auf Leistungen haben,
- dass die Versicherten keine zusätzlichen Leistungen beanspruchen können, wenn sie dafür keine zusätzlichen Beiträge erbringen,
- dass die Versicherten nur dann Anspruch auf Leistungen haben, wenn der Risikofall der Krankheit²⁷ eintritt, um ihn wirksam abzuwenden und zunächst festzustellen,
- dass die Leistungen, die dem Aufgabenbereich anderer Sozialversicherungszweige zuzurechnen sind, von diesen auch getragen werden,
- dass die Beitragsmittel für Aufgaben, die im Interesse der Versicherungsgemeinschaft sind, bzw. für den Versicherungszweck und nicht in erster Linie für allgemeine bzw. gesamtgesellschaftliche Anliegen verwendet werden.

Als versicherungsfremd sollen in der GKV demnach solche Leistungen eingestuft werden, bei denen die genannten Kriterien des Versiche-

²⁶ Hierzu greift das Institut auf seinen bereits in vergangenen Studien zu versicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Sozialversicherung erstellten Kriterienkatalog zurück. Siehe zuletzt Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler, Hohes Entlastungspotenzial in der Arbeitslosenversicherung, Schriftenreihe, Heft Nr. 104, Berlin 2008, S. 24 f.

²⁷ Zur Definition des Begriffs „Krankheit“ siehe Fn 7.

rungsprinzips missachtet werden. Dies ist offenkundig der Fall, wenn Leistungen der GKV an solche Personen gewährt werden, die keine Beiträge zahlen und somit nicht zur Versichertengemeinschaft gehören. Weiterhin liegen versicherungsfremde Leistungen vor, wenn es sich um Zusatzleistungen handelt, für die die Empfänger keine zusätzlichen Beiträge entrichten. Um versicherungsfremde Leistungen handelt es sich ebenfalls, wenn Leistungen an Personen gewährt werden, bei denen der Risikofall „Krankheit“ nicht eingetreten ist und dieser weder diagnostiziert noch verhindert werden soll. Zu den versicherungsfremden Leistungen zählen auch jene, die nicht in den Aufgabenbereich der GKV fallen. Dies ist dann der Fall, wenn zu erkennen ist, dass andere Sozialversicherungszweige für das Erbringen der Leistungen zuständig sind. Schließlich gehören zu den versicherungsfremden Leistungen solche, die nur in begrenztem Maße oder überhaupt nicht dem eigentlichen Versicherungszweck dienen. Abweichungen vom eigentlichen Versicherungszweck liegen dann vor, wenn Leistungen der GKV in den Dienst anderer Zielsetzungen, zum Beispiel der Sozial-, Familien-, oder Wirtschaftspolitik, gestellt werden. Dem versicherten Teil der Bürger wird dann eine Verantwortung für allgemeine Staatsziele und die dazugehörige Finanzierungslast aufgebürdet, obwohl für diese allgemeinen Zwecksetzungen eine Einbeziehung und Inanspruchnahme aller Bürger sachgerecht wäre.

3.2 Zur Beurteilung der Satzungs- bzw. Ermessensleistungen in der GKV

Die Leistungen der GKV können auch in Pflichtleistungen und Satzungs- bzw. Ermessensleistungen unterteilt werden. *Pflichtleistungen* sind solche Leistungen, die jede gesetzliche Krankenkasse kraft Gesetz erbringen muss und auf die in der Regel ein Rechtsanspruch besteht. Dagegen handelt es sich bei *Satzungs- bzw. Ermessensleistungen* um freiwillige Leistungen der Krankenkassen, deren Erbringung zwar gesetzlich legitimiert ist,²⁸ aber im Unterschied zu den Pflichtleistungen nicht verpflichtend ist und auf die die Versicherten keinen Rechtsanspruch besitzen. Die

28 Von den Krankenkassen dürfen ausschließlich solche Satzungsleistungen angeboten werden, die gemäß § 194 SGB V zugelassen sind.

Ausgaben der Krankenkasse für die Ermessensleistungen betragen im Jahr 2008 rund 1,5 Mrd. Euro.²⁹

Bis zum Ende des Jahres 2008 galt in der GKV eine Beitragsautonomie der Krankenkassen. Die einzelnen Krankenkassen besaßen demnach das Recht, zur Finanzierung ihrer Leistungen einen individuellen Beitragssatz von ihren Versicherten zu erheben. Ein kassenübergreifender Risikostrukturausgleich, in dem die Ausgaben aller Krankenkassen für die Pflichtleistungen der GKV berücksichtigt wurden, glättete Unterschiede in der Finanzausstattung der Krankenkassen aufgrund unterschiedlicher Versichertenstrukturen. Die von den Krankenkassen angebotenen Ermessensleistungen wurden jedoch innerhalb des Risikostrukturausgleichs nicht berücksichtigt. Infolgedessen wurde der gesamte Pflichtleistungskatalog der GKV solidarisch von allen Versicherten finanziert, während die Ermessensleistungen der einzelnen Krankenkassen aus den kassenindividuellen Beitragseinnahmen und damit nur von ihren Mitgliedern bestritten wurden. Aufgrund des Kassenwahlrechts konnten die Versicherten wählen, welches Bündel aus Pflicht- und Ermessensleistungen sie zu welchem Preis (Beitragssatz) und bei welcher Krankenkasse nachfragen. Somit gab es innerhalb der GKV nicht nur eine einzige Versichertengemeinschaft bestehend aus allen Krankenkassenmitgliedern, sondern es existierten innerhalb dieser Gesamtheit auch mehrere kleinere Versichertengemeinschaften, die sich auf die einzelnen Krankenkassen verteilten.

Eine solche Finanzierungsstruktur der GKV ist grundsätzlich sachgerecht und mit dem Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip vereinbar. Die gesamte Versichertengemeinschaft finanziert solidarisch die obligatorischen Pflichtleistungen, auf die jedes Mitglied einen Anspruch hat. Dagegen werden für kassenindividuelle Ermessensleistungen, die nur der jeweiligen Versichertengemeinschaft der einzelnen Krankenkasse zugutekommen, von eben jener Gemeinschaft kassenindividuelle Beiträge erhoben. Insofern wären kassenindividuelle Ermessensleistungen nicht als versicherungsfremd zu werten. Zwar kommen sie nicht allen Mitgliedern

29 Vgl. Schätztableau des GKV-Schätzerkreises zur Schätzung vom 5./6.10.2009, abrufbar im Internet unter http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/RS_2009-479_Anlage_1_9395.pdf, Abrufdatum: 10.11.2009.

der GKV zugute, jedoch werden sie auch nur von den Nutznießern durch entsprechende kassenindividuelle Beiträge sachgerecht finanziert.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds und damit eines neuen kassenübergreifenden Finanzausgleichs zum 1. Januar 2009 hat sich diese Finanzierungsstruktur jedoch grundlegend geändert.³⁰ Die Beitragsautonomie der Krankenkassen ist zugunsten einer zentralen Festlegung eines kasseneinheitlichen Beitragssatzes durch die Bundesregierung abgeschafft worden. Die Versicherten der GKV zahlen nunmehr unabhängig von der Kassenzugehörigkeit einen einheitlichen Beitragssatz. Aus dem gesamten Beitragsaufkommen erhalten die einzelnen Krankenkassen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und zwar auch für die von ihnen angebotenen Ermessensleistungen.³¹ Somit wird die gesamte Versicherungsgemeinschaft der GKV zur Finanzierung sämtlicher Leistungen der Krankenkassen herangezogen und zwar unabhängig vom Umfang der kassenindividuellen Ermessensleistungen.³²

Auf den ersten Blick könnte daraus gefolgert werden, dass die neue Finanzierungsweise gegen das Äquivalenzprinzip verstößt, weil eben alle Versicherten zur Finanzierung des gesamten Leistungskatalogs der GKV herangezogen werden, aber abhängig von der Kassenzugehörigkeit Anspruch auf die kassenindividuellen Ermessensleistungen haben. Allerdings können Versicherte grundsätzlich einen Anspruch auf die kassenindividuellen Leistungsbündel erwerben, indem sie vom Kassenwahlrecht Gebrauch machen und zu der von ihnen bevorzugten Krankenkasse wechseln. Durch diese Wahloption bleibt das Äquivalenzprinzip faktisch gewahrt. Für die folgende Beurteilung des bestehenden Leistungskatalogs der GKV wird daher davon ausgegangen, dass sowohl die Pflicht-

30 Siehe auch Abschnitt 2.2.

31 Vgl. *Bundesversicherungsamt*, So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, abrufbar im Internet unter http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_091/mn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.html, Abrufdatum: 27.05.2009. Vgl. auch *J. Wasem*, Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009, in: *G+G Wissenschaft*, Heft 3/2007, S. 15 ff.

32 Zwar können die Krankenkassen die von ihnen angebotenen Ermessensleistungen variieren und bei zusätzlichem Mittelbedarf einen Zusatzbeitrag von bis zu einem Prozent des Versicherteneinkommens erheben oder bei Überschüssen eine unbegrenzte Beitragsprämie auszahlen, doch ändert dies nichts an dieser Aussage, denn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Ermessensleistungen werden weiterhin aus dem gesamten Beitragsaufkommen zumindest teilweise mitfinanziert.

als auch die Ermessensleistungen der Krankenkassen allen Versicherten zugutekommen und von ihnen durch ihre Beiträge zur GKV finanziert werden.³³

33 Dennoch ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen fraglich, ob die Unterscheidung zwischen Pflicht- und Ermessensleistungen überhaupt noch sinnvoll ist, wenn beide Leistungsarten aus demselben Beitragsaufkommen finanziert werden. Vielmehr wäre es sachgerechter, den allgemeinen Beitrag von allen Mitgliedern ausschließlich zur Finanzierung der Pflichtleistungen zu erheben und die Ermessensleistungen durch kassenindividuelle Beiträge zu decken.

4. Versicherungsfremde Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV

4.1 Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung

4.1.1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Gemäß § 20 Abs. 1 SGB V sollen gesetzliche Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention vorsehen. Unter primärer Prävention versteht man prinzipiell Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung, wenn noch keine Beeinträchtigung des Gesundheitszustands vorliegt.³⁴ Leistungen zur Gesundheitsförderung sind erst mit Inkrafttreten des SGB V im Jahre 1989 in den Leistungskatalog aufgenommen worden. In der Vorgängerregelung, der Reichsversicherungsordnung (RVO), waren sie nicht enthalten. Dagegen waren Leistungen zur Verhütung von Krankheiten auch in der RVO vorgesehen, jedoch galten sie nicht als Pflicht-, sondern als Ermessensleistungen der GKV.³⁵

Die Leistungen der GKV gemäß § 20 Abs. 1 SGB V sind Maßnahmen der Verhaltensprävention, mit denen das gesundheitsbewusste Verhalten der Versicherten auf bestimmten Handlungsfeldern, wie zum Beispiel Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum, gefördert werden soll.³⁶ Im Unterschied zu Schutzimpfungen, die einen Schutz gegen eine bestimmte Krankheit bieten sollen, haben diese Präventionsmaßnahmen keinen direkten Bezug zu einer bestimm-

34 Hiervon zu unterscheiden ist die sekundäre und die tertiäre Prävention. Die *sekundäre Prävention* umfasst Maßnahmen zur Früherkennung und Frühtherapie von Krankheiten. Die *tertiäre Prävention* umfasst Maßnahmen zur Verhütung einer Verschlimmerung von bereits aufgetretener Krankheit. Vgl. F. Beske, Prävention – Ein anderes Konzept, Schriftenreihe des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheitssystemforschung, Band 103, Kiel 2005, S. 16 sowie *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I, Bundestags-Drucksache 14/5660, Tz. 110.

35 Vgl. P. Kistorz, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 6, S. 91 f.

36 Vgl. *Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen*, Leitfaden Prävention, Bonn/Frankfurt am Main 2008.

ten Erkrankung.³⁷ Zudem können Maßnahmen zur Krankheitsverhütung bestimmte Erkrankungen in den meisten Fällen nicht gänzlich verhindern, sondern sollen die krankheitsbezogenen Risikofaktoren und somit die Erkrankungswahrscheinlichkeit reduzieren. Darüber hinaus sollen Leistungen der primären Prävention „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“³⁸. Die Ausgaben der GKV für derartige Leistungen beliefen sich im Jahr 2008 auf rund 304 Mio. Euro.³⁹

Mit den Leistungen zur Gesundheitsförderung soll der nicht krankhafte Gesundheitszustand und damit die Lebensqualität der Versicherten verbessert werden. Eine solche Zielsetzung ist jedoch einer Krankenversicherung fremd, denn ihre Aufgabe besteht nicht in der Bereitstellung von Leistungen zur Förderung des nicht krankhaften Gesundheitszustands, sondern vielmehr in der Gewährung von Leistungen, sobald eine Gesundheitsbeeinträchtigung vorliegt oder sie wirksam abgewendet werden kann.⁴⁰ Die Förderung der Gesundheit und die Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung ist ein gesundheits- und gesellschaftspolitisches Ziel, das im Interesse der Allgemeinheit liegt und deshalb auch von ihr finanziert werden sollte. Insofern sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung als versicherungsfremde Leistungen der GKV zu werten.

Des Weiteren sollen die primärpräventiven Leistungen der GKV ausdrücklich „einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“. Diesem Ziel liegt die empirisch fundierte Erkenntnis zugrunde, dass die Gesundheitschancen in Deutsch-

37 So sollen die Maßnahmen beispielsweise allgemeinen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Muskel- und Skeletterkrankungen vorbeugen.

38 § 20 Abs. 1 S. 2 SGB V.

39 Zur Bezifferung der Ausgaben für die einzelnen versicherungsfremden Leistungen der GKV verwendet das Institut im Folgenden die Ist-Zahlen des Jahres 2008, da bis zur Fertigstellung der vorliegenden Ausarbeitung keine neueren amtlichen Zahlen verfügbar waren. Die endgültigen Ist-Zahlen des Jahres 2009 werden Mitte 2010 bekannt gegeben.

40 Siehe Abschnitt 2.1. Vgl. auch *M. Jankowski und A. Zimmermann*, Versicherungspflichtige Leistungen in einer obligatorischen Krankenversicherung, Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 1/2004, Köln 2004, S. 8 f.

land zwischen den sozialen Schichten unterschiedlich verteilt sind.⁴¹ Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit ist allerdings ein sozialpolitisches und gesamtgesellschaftliches Ziel.⁴² Daher sollte diese Aufgabe nicht in den Verantwortungs- und Finanzierungsbereich einer speziellen Versicherungsgemeinschaft fallen. Auch aus diesem Grund sind die präventiven Leistungen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V als versicherungsfremde Leistungen der GKV zu werten. Über die Beurteilung der Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche und damit versicherungsfremde Leistungen der GKV besteht in der Öffentlichkeit weitgehend Konsens.⁴³ Demzufolge ist die Finanzierung derartiger Leistungen von der Allgemeinheit sicherzustellen und nicht einer bestimmten Versicherungsgemeinschaft zu übertragen.⁴⁴

Aus diesen Überlegungen folgt, dass Leistungen der Primärprävention nicht aus Beitragsmitteln der GKV, sondern als gesamtgesellschaftliches Anliegen aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden sollten.⁴⁵ Allerdings spricht für ihre Begrenzung, dass es sich bei den Leistungen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V überwiegend um Maßnahmen der Gesundheitspolitik handelt, die nur flankierend zur Prävention, Gesund-

41 Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache Nr. 15/5670, Tz. 191 ff.

42 Vgl. auch *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2007, Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bundestags-Drucksache Nr. 16/6339, Tz. 1021.

43 Dies wird beispielsweise sowohl von der Bundesregierung (vgl. *Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention, Bundestags-Drucksache 15/4833, S. 31) als auch von vielen anderen Institutionen gesehen (vgl. Stellungnahmen der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 23. Juni 2008, abrufbar im Internet unter: <http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/089/index.html>, Abrufdatum: 25. Mai 2009). Vgl. auch *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Sondergutachten 1995, Fn 6, Tz. 111 f. sowie *F. Beske*, Prävention – Ein anderes Konzept, Fn 34, S. 44.

44 Vgl. auch *P. Krause*, Fremdlasten in der Sozialversicherung, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Heft 2-3/1980, S. 142 sowie *F. Beske*, Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheitssystemforschung, Band 107, Kiel 2006, S. 80.

45 Vgl. auch *W. Schmähl*, Demographischer Wandel und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – Auswirkungen und Finanzierungsalternativen, in: *C. von Ferber, H. Radebold und J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.)*, Die demographische Herausforderung: das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur, Gerlingen 1989, S. 326.

heitsförderung und zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten eingesetzt werden sollten. Eine effiziente und langfristige Präventionsstrategie sollte vorzugsweise in anderen Bereichen ansetzen. Ein wichtiges Handlungsfeld hierfür ist die Bildungspolitik. So zeigen Studien, dass mit höherer Bildung auch das Gesundheitsbewusstsein steigt⁴⁶ und folglich ebenso die Ausgaben für präventive Maßnahmen der GKV reduziert werden könnten. Weitere Ansatzpunkte sind die Erhöhung des materiellen Wohlstands aller Bürger durch eine effiziente und nachhaltige Beschäftigungs- und Wachstumspolitik. Dies würde auch zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.⁴⁷ Um die in § 20 Abs. 1 SGB V genannten Ziele zu erreichen, sind also vorgelagerte Maßnahmen im Rahmen der Bildungs-, Beschäftigungs- und Wachstumspolitik zu befürworten, die bereits frühzeitig an den Wurzeln der zu bekämpfenden Probleme ansetzen. Dadurch würden viele der nachgelagerten Präventionsmaßnahmen der Gesundheitspolitik obsolet, so dass in diesem Bereich mittel- bis langfristig auch gewisse Einsparungen erzielt werden könnten.

4.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen auch Leistungen zur Gesundheitsförderung in Unternehmen.⁴⁸ Gemäß Arbeitsschutzgesetz sind die Arbeitgeber vorrangig dafür verantwortlich, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten sowie die Arbeit menschengerecht zu gestalten.⁴⁹ Die Arbeitgeber werden dabei von den Berufsgenossenschaften unterstützt. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen dagegen lediglich ergänzende Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen

46 Vgl. etwa *M. Grossman*, Education and Nonmarket Outcomes, in: *E. A. Hanushek und F. Welch*, Handbook of the Economics of Education – Volume 1, Amsterdam 2006, S. 577 ff.

47 Vgl. *J. S. House und D. R. Williams*, Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health, in: *B. D. Smedley und S. L. Syme*, Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research, Institute of Medicine, Washington 2001. Vgl. ebenfalls mit weiterführenden Quellenangaben *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005, Fn 41, Tz. 191 ff.

48 Vgl. § 20a SGB V.

49 Vgl. § 1 ff. ArbSchG. Vgl. auch *Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Bundestags-Drucksache 14/1245, S. 62.

und keine originären Maßnahmen des Arbeitsschutzes übernehmen, die in den Zuständigkeitsbereich der Arbeitgeber oder der Berufsgenossenschaften fallen.⁵⁰ Ziel der Leistungserbringung durch die GKV ist es „unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen“⁵¹. Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung können beispielsweise Maßnahmen zur Vorbeugung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates, Maßnahmen zur Stressbewältigung und zur Reduzierung des Tabakkonsums sowie Ernährungsanalyse und -beratung sein.⁵² Für das Jahr 2008 weist die GKV Ausgaben für diesen Leistungsbereich von rund 36 Mio. Euro aus, wovon ein nicht näher quantifizierter Teilbetrag auf die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung entfällt. Der andere Teilbetrag wurde für Maßnahmen zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren von der GKV erbracht, die im nächsten Abschnitt behandelt werden.⁵³

Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind zunächst aus demselben Grund wie die allgemeinen gesundheitsfördernden Maßnahmen als versicherungsfremd einzustufen. Die mit ihnen verfolgte Zielsetzung der Verbesserung des nicht krankhaften Gesundheitszustands und der Lebensqualität ist dem Zweck einer Krankenversicherung fremd.⁵⁴

Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind auch deshalb als versicherungsfremd zu werten, weil sie auch Nichtversicherten zugutekommen können. Wenn Unternehmen derartige gesundheitsfördernde Maßnahmen der GKV in Anspruch nehmen und ihren Mitarbeitern anbieten, wird innerhalb der Betriebe nicht danach differenziert, ob die

50 Vgl. *Fractionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*, GKV-Gesundheitsreform 2000, Fn 49, S. 62.

51 § 20a Abs. 1 SGB V.

52 Vgl. ausführlich *Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen*, Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008, S. 58 ff.

53 Siehe hierzu Abschnitt 4.1.3.

54 Siehe Abschnitt 4.1.1.

Arbeitnehmer gesetzlich oder privat krankenversichert sind. Privat versicherte Arbeitnehmer werden von der Teilnahme an einer Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung üblicherweise nicht aufgrund ihres Versicherungsstatus ausgeschlossen. Somit können auch Personen von den Leistungen der GKV profitieren, die selber nicht in der GKV versichert sind und keine Beiträge an die GKV entrichten. Dadurch wird das Versicherungsprinzip durchbrochen, denn der Leistungsanspruch steht keine adäquate Beitragszahlung gegenüber.

Schließlich sind Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung als versicherungsfremd zu charakterisieren, weil sie nicht von allen Versicherten der GKV in Anspruch genommen werden können. So ist eine Inanspruchnahme solcher Leistungen beispielsweise von Rentnern oder Arbeitslosen nicht möglich, obwohl diese Personen genauso wie die meisten anderen Versicherten Pflichtbeiträge in die GKV entrichten. Wenn aber Personengruppen zur Finanzierung von Leistungen herangezogen werden, auf die sie keinen Anspruch haben, liegt ebenfalls ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip vor.

Aufgrund ihres versicherungsfremden Charakters sollten Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht aus Beitragsmitteln der GKV, sondern aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden. Einer solchen Änderung der Finanzierungsstruktur ist jedoch eine Abschaffung der Finanzierungszuständigkeit des Staates vorzuziehen. Ergänzende Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung, wie sie zurzeit von der GKV gewährt werden, sollten von den Unternehmen und nicht von der Allgemeinheit finanziert werden, denn eine Stärkung des Gesundheitszustands und damit der Leistungsfähigkeit des Personals liegt mehr im Interesse des einzelnen Unternehmens als im Interesse der Allgemeinheit.⁵⁵ Unter der Annahme, dass die oben genannten Gesamtausgaben der GKV von rund 36 Mio. Euro zu gleichen Teilen auf Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung einerseits und Leistungen der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren andererseits entfallen,⁵⁶ könnte die GKV durch eine solche Umfinanzierung um schätzungsweise 18 Mio. Euro entlastet werden.

55 So auch *F. Beske*, Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 44, S. 80.

56 Siehe oben S. 28.

4.1.3 Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist eine Aufgabe, die vorwiegend in die Zuständigkeit der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) fällt.⁵⁷ Der Gesetzgeber sieht jedoch vor, dass Krankenkassen die Träger der GUV bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren unterstützen sollen.⁵⁸ Dabei sollen die Krankenkassen die Unfallversicherungsträger vor allem über die Erkenntnisse unterrichten, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Zu den unterstützenden Tätigkeiten der Krankenkassen gehören beispielsweise der Informations- und Datenaustausch mit den Unfallversicherungsträgern sowie betriebsbezogene Beratungsangebote, verhaltenspräventive Trainingsangebote, Informations- und Schulungsveranstaltungen.⁵⁹ Im Jahr 2008 entstanden der GKV Ausgaben für Maßnahmen zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren inklusive den Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung⁶⁰ von rund 36 Mio. Euro.

Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sind als versicherungsfremde Leistungen der GKV einzustufen. Die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ist keine Aufgabe der GKV, sondern fällt – wie soeben erläutert – in den Zuständigkeitsbereich der GUV. Eine Zuordnung derartiger Leistungen zum Zuständigkeitsbereich der GKV ist auch deshalb nicht sachgerecht, weil der Nutzen wirksamer Präventionsmaßnahmen in Form von vermeidbaren Leistungsansprüchen infolge von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten nicht der GKV, sondern vielmehr der GUV bzw. deren Mitgliedern zugutekommt, während die Kosten der Präventionsmaßnahmen durch die Versicherten-gemeinschaft der GKV zu tragen sind.

Sofern die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren weiterhin als Aufgabe der GUV angesehen wird, sind alle diesbezüglichen Maß-

57 Vgl. § 1 und 14 SGB VII.

58 Vgl. § 20b SGB V.

59 Vgl. U. Lenhardt, Der Beitrag von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Entwicklung einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik – Probleme und Entwicklungspotenziale, Berlin 2003, S. 48 ff.

60 Siehe Abschnitt 4.1.2.

nahmen von ihr zu finanzieren. Hierzu gehören auch die unterstützenden Maßnahmen der Krankenkassen. Wenn die Unfallversicherungsträger bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Unterstützung von anderen Sozialversicherungsträgern in Anspruch nehmen und sie mit entsprechenden Aufgaben beauftragen, sind die den beauftragten Institutionen entstandenen Kosten gemäß dem Konnexitätsprinzip von der GUV zu erstatten.

Um eine sachgerechte Finanzierung von Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu gewährleisten, sollte deshalb im geltenden § 20b SGB V ein Erstattungsanspruch der Krankenkassen gegenüber der GUV verankert werden, so dass die Kosten der Krankenkassen für derartige Maßnahmen von der GUV zu erstatten wären. Die GKV würde folglich entlastet. Unter der Annahme, dass die oben genannten Gesamtausgaben der GKV von rund 36 Mio. Euro zu gleichen Teilen auf Leistungen der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren einerseits sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung andererseits entfallen,⁶¹ könnte die GKV durch eine solche Umfinanzierung um schätzungsweise 18 Mio. Euro entlastet werden. Zusätzliche Mehrausgaben der GUV aufgrund einer solchen Umfinanzierung können verhindert werden, wenn der bestehende Präventionsauftrag der GUV sachgerecht eingeschränkt wird, wie es das Institut bereits in der Vergangenheit vorgeschlagen hatte.⁶²

4.1.4 Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

Erst seit dem 1. April 2007 zählen Schutzimpfungen zu den Pflichtleistungen der GKV;⁶³ zuvor galten sie als Ermessensleistungen.⁶⁴ Die Schutzimpfung ist definiert als „die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen“⁶⁵. Welche Schutzimp-

61 Siehe oben S. 28 und S. 30.

62 Siehe *Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler*, Reform der Gesetzlichen Unfallversicherung, Schriftenreihe, Heft Nr. 97, Berlin 2004, S. 85 f.

63 Vgl. § 20d SGB V sowie Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Bundesgesetzblatt I, Nr. 11, 2007, S. 381 f.

64 Vgl. § 23 Abs. 9 SGB V i. d. F. bis 1.4.2007.

65 § 2 Nr. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

fungen von der GKV als Pflichtleistungen bereitgestellt werden, wird in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf Grundlage von Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut festgelegt.⁶⁶ Über diejenigen Pflichtimpfungen hinaus, die in diesen Richtlinien genannt sind, können die Krankenkassen in ihren Satzungen weitere Schutzimpfungen als Satzungs- bzw. Ermessensleistungen vorsehen. Davon ausgenommen sind jedoch Schutzimpfungen bei privaten Auslandsreisen, deren Kosten die Versicherten selbst tragen müssen; „es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen“⁶⁷. Die Ausgaben der GKV für Schutzimpfungen betragen im Jahr 2008 insgesamt 1.758 Mio. Euro, wovon 176 Mio. Euro auf die als Ermessensleistung der Krankenkassen deklarierten Schutzimpfungen entfielen.

Schutzimpfungen schützen den Einzelnen vor bestimmten Krankheiten,⁶⁸ so dass ein Impfschutz im Interesse eines jeden Versicherten liegt, was zunächst für einen versicherungsgemäßen Charakter der Leistung sprechen würde. Gleichwohl verhindern Schutzimpfungen auch die Übertragung von ansteckenden Krankheiten auf Dritte und stiften dadurch der gesamten Gesellschaft einen hohen Nutzen.⁶⁹ Beugt ein Individuum durch eine Schutzimpfung einer Infektionskrankheit vor, so sinkt auch für die anderen Mitglieder einer Gesellschaft die Wahrscheinlichkeit, sich mit dieser Krankheit anzustecken.⁷⁰ Damit erzielt die Allgemeinheit bereits bei der Impfung eines Bürgers einen Nutzen, der mit jeder weiteren Impfung steigt. Aufgrund von solchen positiven externen Effekten liegt eine öffentliche Bereitstellung und eine flächendeckende Inanspruchnahme der Schutzimpfungen im Interesse der Allgemeinheit.

66 Siehe *Gemeinsamer Bundesausschuss*, Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL).

67 § 20d Abs. 1 S. 2 SGB V.

68 Zur Übersicht über die Wirksamkeit bestimmter Schutzimpfungen siehe *P. Hengstler und R. Nüesch*, Impfungen bei Erwachsenen, in: *PrimaryCare*, Nr. 6/2008, S. 101 f.

69 Vgl. auch *Robert-Koch-Institut (Hrsg.)*, Schutzimpfungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1, Berlin 2004, S. 9.

70 Vgl. *F. Breyer, P. Zweifel und M. Kifmann*, Gesundheitsökonomik, Fn 9, S. 176.

Um einen hohen Nutzen für die gesamte Bevölkerung zu erzielen, wird in Deutschland ein möglichst hoher Durchimpfungsgrad angestrebt.⁷¹ Die Förderung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen kann als ein Teil eines international verfolgten mehrdimensionalen Gesamtkonzepts zur Eindämmung lebensbedrohlicher Infektionskrankheiten angesehen werden.⁷² Ein solches Ziel stellt ein wichtiges gesundheits- und gesellschaftspolitisches Anliegen dar, das über den Zweck einer Krankenversicherung hinausgeht und vielmehr im Interesse der Allgemeinheit ist.

Der Nutzen für die Allgemeinheit ist insbesondere bei einer drohenden epidemischen oder pandemischen Ausbreitung von ansteckenden Krankheiten groß. In solchen Fällen besteht ein starkes gesamtgesellschaftliches Interesse am Impfschutz der gesamten Bevölkerung, der zudem als Impfwang vom Staat verordnet werden kann.⁷³ Der Gesetzgeber beruft sich dabei auf das Verfassungsrecht auf körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 Grundgesetz (GG), das bei Epidemien und Pandemien eingeschränkt werden kann. Gleichwohl stellt aber auch die Schutzimpfung selbst einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Einzelnen dar. Allerdings fällt ein solcher Eingriff unter den Gesetzesvorbehalt gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 3 GG und lässt sich damit rechtfertigen, dass bei einer Risikoabwägung das gesamtgesellschaftliche Interesse an der Bekämpfung der Infektionskrankheit gegenüber der körperlichen Unversehrtheit des Einzelnen überwiegt, die durch eine zwangsverordnete Schutzimpfung beeinträchtigt wird.⁷⁴ Ein staatlich verordneter Impfwang verstößt somit nicht gegen das Grundgesetz.⁷⁵ Vor diesem Hintergrund kann die Bereitstellung von Schutzimpfungen bei einer drohenden epidemischen oder pandemischen Ausbreitung von ansteckenden

71 Diese Zielsetzung wird in der Gesetzesbegründung genannt. Vgl. *Fractionen der CDU/CSU und SPD*, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz), Bundestags-Drucksache Nr. 16/3100, S. 100.

72 Vgl. *Robert-Koch-Institut (Hrsg.)*, Schutzimpfungen, Fn 69, S. 8 f. und *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005, Fn 41, Tz. 186 ff.

73 Vgl. § 20 Abs. 6 IfSG.

74 Vgl. *D. Murswiek*, Kommentar zu Art. 2 GG, Rdnr. 186, in: *M. Sachs*, Grundgesetz, 3. Auflage, München 2003.

75 Vgl. auch die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts, BVerwGE 9, 78, 79.

Krankheiten als eine Maßnahme des Katastrophenschutzes und somit als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden.

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass die Bereitstellung von Schutzimpfungen gegen Ansteckungskrankheiten weitgehend ein gesamtgesellschaftliches Anliegen darstellt. Daher sind Schutzimpfungen als versicherungsfremde Leistungen der GKV zu beurteilen und wären deshalb aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates zu finanzieren.⁷⁶ Die staatliche Finanzierung sollte sich jedoch ausschließlich auf Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten beschränken, durch die die gesamte Bevölkerung in gleichem Maße gefährdet ist. Sind nur bestimmte Personengruppen aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit oder ihrer individuellen Lebensweise durch eine ansteckende Krankheit gefährdet, die durch andere individuelle Präventionsmaßnahmen in Eigenverantwortung verhindert werden kann, sollte eine staatliche Finanzierung ausgeschlossen werden.⁷⁷ So sollten Kosten von Schutzimpfungen gegen solche Krankheiten, deren Ansteckungswahrscheinlichkeit lediglich bei bestimmten Berufsgruppen gegeben ist, von deren Arbeitgebern getragen werden.⁷⁸ Ebenso wären die Kosten von Schutzimpfungen gegen Krankheiten, die bei privaten Reisen in bestimmte Urlaubsgebiete auftreten können, von den Versicherten selbst zu tragen. Durch eine solche Umfinanzierung könnte die GKV in einem nicht quantifizierbaren Umfang entlastet werden. Schließlich sollten die Versicherten für die Kosten für diejenigen Schutzimpfungen selbst aufkommen, die nicht von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden und die zurzeit als Ermessensleistungen der Krankenkassen gelten. Für solche Schutzimpfungen gaben die Krankenkassen im Jahr 2008 176 Mio. Euro aus, von denen sie bei einer Umsetzung der vorgeschlagenen Umfinanzierung entlastet werden können.

76 Vgl. auch *F. Breyer, P. Zweifel und M. Kifmann*, Gesundheitsökonomik, Fn 9, S. 176. Eine ähnliche Empfehlung äußert der gesundheitspolitische Arbeitskreis der CSU (vgl. *Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der CSU*, Beschluss des GPA-Landesvorstandes „Versicherungsfremde Leistungen“ vom 07.03.2008, abrufbar im Internet unter http://www.csu.de/dateien/arbeitskreis/gpa/beschluss_versicherungsfremde_leistungen.pdf, Abrufdatum: 02.09.2009).

77 Vgl. *F. Breyer, P. Zweifel und M. Kifmann*, Gesundheitsökonomik, Fn 9, S. 176.

78 Eine solche Grundlage bietet bereits § 15 Biostoffverordnung (BioStoffV).

4.1.5 Verhütung von Zahnerkrankungen

Die zahnprophylaktischen Leistungen der GKV können in Maßnahmen für Kinder und Jugendliche einerseits sowie in Maßnahmen für Erwachsene andererseits unterteilt werden. Für *Kinder und Jugendliche* werden sie sowohl als gruppenmäßige Maßnahmen (Gruppenprophylaxe)⁷⁹ als auch als individuelle Maßnahmen (Individualprophylaxe)⁸⁰ angeboten. Die *Gruppenprophylaxe* wird vor allem in Kindergärten und Schulen durchgeführt. Diese Maßnahme zur Verhütung und Früherkennung von Zahnerkrankungen umfasst die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene. Vorrangige Zielgruppe sind Kinder bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres, in Schulen mit überdurchschnittlichem Kariesrisiko steigt diese Altersbegrenzung auf 16 Jahre. Die gesetzlichen Krankenkassen haben dabei die Aufgabe, die Gruppenprophylaxe zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Es liegt also keine vollständige Finanzierung der Gruppenprophylaxe durch die GKV, sondern eine Mischfinanzierung durch GKV und die Bundesländer vor. Im Jahr 2008 beteiligte sich die GKV mit 41 Mio. Euro an der Finanzierung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen.

Darüber hinaus können sich im Rahmen der *Individualprophylaxe* Versicherte ab Vollendung des sechsten und bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einmal im Kalenderhalbjahr individuell zahnärztlich untersuchen lassen.⁸¹ Im Unterschied zu den zahnprophylaktischen Gruppenmaßnahmen werden die Individualmaßnahmen in zahnärztlichen Praxen durchgeführt und ausschließlich durch die GKV finanziert. *Erwachsene Versicherte* können zahnprophylaktische Maßnahmen im Rahmen ihres Anspruchs auf zahnärztliche Behandlung nachfragen.⁸² Die Ausgaben der GKV für die Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2008 lagen bei 426 Mio. Euro. Zu den Ausgaben für zahnprophylaktische Maßnahmen für Erwachsene liegen dem Institut keine Angaben vor.

79 Vgl. § 21 SGB V.

80 Vgl. § 22 SGB V.

81 Der Anspruch auf zahnärztliche Untersuchungen bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres ist durch die Kinderuntersuchungen gemäß § 26 SGB V gewährleistet.

82 § 28 Abs. 2 SGB V.

Die Individualmaßnahmen für alle GKV-Versicherten können als *versicherungsgemäße* Leistungen der GKV eingestuft werden. Ihnen liegt nämlich die Zielsetzung zugrunde, eine Beeinträchtigung der Mundgesundheit diagnostizieren zu können und Zahnerkrankungen frühzeitig wirksam abzuwenden. Diese Zielsetzung ist mit dem Zweck der GKV vereinbar. Zudem können Individualmaßnahmen nur von den Versicherten der GKV in Anspruch genommen werden.

Dagegen handelt es sich bei der Gruppenprophylaxe um eine *versicherungsfremde* Leistung der GKV. Der versicherungsfremde Charakter der Gruppenprophylaxe ergibt sich zunächst aus der Tatsache, dass die Maßnahmen in Kindergärten und Schulen auch von privat krankenversicherten Kindern in Anspruch genommen werden können, ohne dass von ihnen hierfür ein finanzieller Beitrag geleistet wird. Dadurch wird das Äquivalenzprinzip unterlaufen. Zudem wird mit der Gruppenprophylaxe ein sozialpolitisch motiviertes Ziel verfolgt, nämlich insbesondere in Schulen in sozialen Brennpunkten zahnprophylaktische Maßnahmen durchzuführen und die verstärkte Inanspruchnahme solcher Leistungen von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit relativ niedrigem sozialökonomischen Status zu fördern.⁸³ Diese Zielsetzung ist mit derjenigen zu vergleichen, die durch präventive Maßnahmen der GKV gemäß § 20 Abs. 1 SGB V unter anderem verfolgt wird.⁸⁴ Da die Mundgesundheit offenbar mit dem sozioökonomischen Status positiv korreliert ist,⁸⁵ wird die Förderung der Inanspruchnahme von zahnprophylaktischen Leistungen durch bestimmte Bevölkerungsgruppen als eine sozialpolitische bzw. gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet. Auch deshalb ist die Gruppenprophylaxe als eine versicherungsfremde Leistung der GKV zu werten.

Das Institut empfiehlt daher, solche Maßnahmen, bei denen eine gesamtgesellschaftliche Zielsetzung im Vordergrund steht, aus allge-

83 Vgl. *Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*, GKV-Gesundheitsreform 2000, Fn 49, S. 63.

84 Die Präventionsmaßnahmen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V sollen insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Siehe Abschnitt 4.1.1.

85 Vgl. beispielsweise *W. Michaelis*, Soziale Ungleichheit und Mundgesundheit, in: *A. Mielck und K. Bloomfield (Hrsg.)*, Sozial-Epidemiologie, München 2001, S. 128 ff.

meinen Haushaltsmitteln des Staates zu finanzieren. Dies trifft auf die Gruppenprophylaxe zu, die dem soeben angeführten sozialpolitischen Ziel dienen soll. Andere zahnmedizinische Präventionsmaßnahmen, die keine sozialpolitischen Ziele verfolgen wie die Individualprophylaxe, sollten dagegen weiterhin aus den Beitragsmitteln der GKV finanziert werden.

Analog zu den primärpräventiven Maßnahmen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V ist auch bei den sozialpolitisch motivierten Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen zu beachten, dass es sich bei ihnen um nachgelagerte Maßnahmen handelt, die nur flankierend zur Erreichung des angestrebten sozialpolitischen Ziels eingesetzt werden sollten. Würde eine staatliche Präventionsstrategie in grundlegenden Bereichen ansetzen, könnten solche nachgelagerten Maßnahmen mittel- und langfristig reduziert und die dafür ausgegebenen Finanzmittel eingespart werden.⁸⁶

4.2 Schwangerschafts- und mutterschaftsbezogene Leistungen

4.2.1 Leistungen zur Empfängnisverhütung

Versicherte der GKV haben einen Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung sowie eine dazugehörige Untersuchung. Darüber hinaus haben Versicherte bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden.⁸⁷ Die Ausgaben der GKV für diese Leistungen können vom Institut nicht quantifiziert werden, weil ihm keine entsprechenden Daten vorliegen.

Leistungen zur Empfängnisverhütung sind nur dann als versicherungsgemäß zu beurteilen, wenn sie medizinisch erforderlich sind, um eine Schädigung des Gesundheitszustands der Versicherten abzuwenden.⁸⁸ Liegt eine medizinische Indikation jedoch nicht vor, so sind die Leistungen

⁸⁶ Siehe auch Abschnitt 4.1.1.

⁸⁷ Vgl. § 24a SGB V. Die GKV übernimmt dabei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die vollen Kosten. Dagegen müssen Versicherte zwischen 18 und 20 Jahren Zuzahlungen gemäß § 31 Abs. 2 bis 4 SGB V leisten.

⁸⁸ In diesem Sinne argumentiert auch das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung aus dem Jahr 1975. Vgl. BSGE 39, 167.

zur Empfängnisverhütung als nicht versicherungsgemäß und damit als versicherungsfremd zu werten, da ihrer Inanspruchnahme keine Beeinträchtigung und Gefährdung des Gesundheitszustands vorausgeht.

Der versicherungsfremde Charakter der medizinisch nicht erforderlichen Leistungen zur Empfängnisverhütung wird auch durch die mit ihrer Bereitstellung verfolgte Zielsetzung deutlich. So sollen damit zum einen ungewollte Schwangerschaften von jungen Frauen verhindert werden.⁸⁹ Zum anderen sollen die Regelungen zur Inanspruchnahme von empfängnisverhütenden Leistungen auf eine verantwortungsbewusste Familienplanung hinwirken.⁹⁰ Beide Zielsetzungen sind jedoch familien- und sozialpolitisch motiviert und ein Anliegen der gesamten Gesellschaft, so dass sie nicht in den Zuständigkeitsbereich der GKV fallen.

Schließlich sind die Leistungen zur Empfängnisverhütung auch aufgrund der Altersbegrenzung als versicherungsfremd zu werten, nach der Versicherte bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres Anspruch auf die Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln haben. Dadurch bleibt einem Großteil der Versichertengemeinschaft die Leistungsanspruchnahme verwehrt, obwohl die Beiträge zur GKV nicht altersabhängig erhoben werden. Mit dieser Altersgrenze wird das sozialpolitisch motivierte Ziel verfolgt, die Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln auf diejenige Versichertengruppe zu beschränken, von der angenommen wird, dass sie aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage nicht imstande sein würde, die Kosten der Empfängnisverhütung selbst zu tragen.⁹¹

Dass es sich bei den Leistungen zur Empfängnisverhütung, die *nicht* medizinisch erforderlich sind, um versicherungsfremde Leistungen der GKV handelt, ist in Fachkreisen anerkannt.⁹² Aufgrund ihres versiche-

89 Vgl. *Deutscher Bundestag*, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des vorgeburtlichen/werdenden Lebens, zur Förderung einer kinderfreundlichen Gesellschaft, für Hilfen im Schwangerschaftskonflikt und zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (Schwangeren- und Familienhilfegesetz), Bundestags-Drucksache 12/2605 (neu), S. 16.

90 Vgl. *K. Höfler*, Kommentar zum § 24a SGB V, Rdnr. 2, in: *S. Leitherer (Hrsg.)*, Kasserler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 1.

91 Vgl. *Deutscher Bundestag*, Schwangeren- und Familienhilfegesetz, Fn 89, S. 20.

92 Vgl. beispielsweise *P. Kistorz*, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 6, S. 136 ff. sowie *F. Beske und J. Hübener*, Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheitssystemforschung, Band 50, Kiel 1996, S. 23 ff.

rungsfremden Charakters sollten sie daher nicht aus Versichertenbeiträgen der GKV, sondern aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden.

4.2.2 Leistungen beim Schwangerschaftsabbruch

Versicherte der GKV haben einen Anspruch auf Leistungen bei einem Schwangerschaftsabbruch. Dabei wird zwischen einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinischen oder kriminologischen Indikation⁹³ sowie einem Schwangerschaftsabbruch gemäß der sogenannten Beratungsregelung⁹⁴ unterschieden. Der Leistungsanspruch bei einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinischen oder kriminologischen Indikation umfasst die ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln sowie Krankenhauspflege. Dagegen umfasst der Leistungsanspruch bei einem Schwangerschaftsabbruch gemäß der Beratungsregelung darüber hinaus auch die ärztliche Beratung, schließt aber bei der ärztlichen Behandlung Leistungen bei der Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf aus.⁹⁵ Die Ausgaben der GKV für diese Leistungen können vom Institut nicht quantifiziert werden, weil ihm keine entsprechenden Daten vorliegen.

Genauso wie die Leistungen zur Empfängnisverhütung sind Leistungen beim Schwangerschaftsabbruch nur dann als versicherungsgemäß zu beurteilen, wenn sie medizinisch erforderlich sind. Demzufolge sind

93 Vgl. § 218a Abs. 2 und 3 StGB. Eine *medizinische Indikation* liegt vor, wenn der Schwangerschaftsabbruch notwendig ist, um „eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“. Eine *kriminologische Indikation* liegt vor, wenn der Schwangerschaft eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches (StGB) vorausgegangen ist.

94 Vgl. § 218a Abs. 1 StGB. Die Beratungsregelung verlangt von der Schwangeren, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Schwangerschaftsabbruch hat ärztlich beraten lassen. Ein Schwangerschaftsabbruch gemäß der Beratungsregelung ist zwar rechtswidrig, aber straffrei.

95 Vgl. § 24b SGB V.

Leistungen bei einem *Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinischen Indikation* zweifellos als versicherungsgemäß zu werten.⁹⁶

Dagegen sind Leistungen bei einem *Schwangerschaftsabbruch gemäß der Beratungsregelung* aufgrund des Fehlens einer solchen medizinischen Notwendigkeit als versicherungsfremd zu werten. Sie sind aber auch deshalb als versicherungsfremd einzustufen, weil ihnen eine gesundheits- und sozialpolitische Zielsetzung zugrunde liegt. Die Zielsetzung der Regelung ist es nämlich, „illegale Schwangerschaftsabbrüche mit ihren Gefahren für Leben und Gesundheit der Schwangeren zu verhindern, die Schwangeren vor sozialen Benachteiligungen zu schützen und ihre Existenz zu sichern“⁹⁷. Eine solche Zielsetzung geht jedoch über den Zweck einer Krankenversicherung hinaus und liegt viel mehr im Interesse der gesamten Gesellschaft als im Interesse einer speziellen Versichertengemeinschaft.

Umstritten ist es aber, wie die Leistungen bei einem *Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer kriminologischen Indikation* einzuordnen sind. In der Literatur finden sich hierzu zwei unterschiedliche Ansätze. Während *Beske et al.* davon ausgehen, dass nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche grundsätzlich als versicherungsgemäß anzusehen sind,⁹⁸ stellt *Kostorz* fest, dass es sich bei Leistungen bei Schwangerschaftsabbrüchen infolge einer Straftat um versicherungsfremde Leistungen der GKV handelt. Der versicherungsfremde Charakter wird damit begründet, dass zum einen kein krankhafter Zustand der Versicherten vorliegt, der einen medizinischen Eingriff erfordern könnte. Zum anderen handelt es sich in diesem Fall um Folgen einer vorsätzlich begangenen Straftat, die auf eine Verletzung einer Verfassungsnorm, nämlich der Schutzpflicht des Staates für seine Bürger gemäß Art. 2 Abs. 2 GG, zurückzuführen ist. Da der Staat seine verfassungsrechtliche Schutzpflicht verletzt hat, muss er die Konsequenzen für die Folgen tragen. Die Übernahme der Kosten für

96 Vgl. auch *P. Kostorz*, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 6, S. 149 sowie *F. Beske und J. Hübener*, Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 92, S. 32 ff.

97 *K. Höfler*, Kommentar zum § 24b SGB V, Rdnr. 2, in: *S. Leitherer (Hrsg.)*, Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 1.

98 Vgl. *F. Beske, M. Thiede und J. F. Hallauer*, Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Fremdleistungen, Schriftenreihe des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheitssystemforschung, Band 57, Kiel 1996, S. 30.

derartige strafrechtliche Folgen wäre damit eine Aufgabe des Staates und damit der gesamten Gesellschaft.⁹⁹ Nach Ansicht des Instituts ist diesem Ansatz zu folgen und die Leistungen beim Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer kriminologischen Indikation als versicherungsfremd zu beurteilen.

Zusammenfassend handelt es sich also lediglich bei den Leistungen bei einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation um versicherungsgemäße Leistungen der GKV. Eine Finanzierung durch Versichertenbeiträge ist deshalb in diesem Fall sachgerecht. Dagegen sind Leistungen bei Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund kriminologischer Indikation und der Beratungsregelung als versicherungsfremd zu beurteilen. Sie sollten daher grundsätzlich aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden.

Da es sich bei Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund einer kriminologischen Indikation um notwendige gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt, sollten alle Kosten, die im Zusammenhang mit dem medizinischen Eingriff stehen, weiterhin vom Staat vollständig übernommen werden.¹⁰⁰ Dagegen sollte bei Schwangerschaftsabbrüchen gemäß der Beratungsregelung eine verstärkte Eigenfinanzierung der Versicherten abhängig von ihrer Leistungsfähigkeit in Erwägung gezogen werden. Da die Vorsorge vor einer ungewollten Schwangerschaft sowie die Familienplanung im Ermessen und in der Verantwortung des Einzelnen liegen sollte, sollten die Folgekosten privater Entscheidungen grundsätzlich nicht der Solidargemeinschaft auferlegt werden. Um aber der gesundheits- und sozialpolitischen Zielsetzung von legalen Schwangerschaftsabbrüchen gerecht zu werden, sollte die Gesamtgesellschaft an den Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs beteiligt werden, jedoch nur dann, wenn der Einzelne für diese Kosten nicht selbst aufkommen kann. Nach Ansicht des Instituts wäre daher eine am Subsidiaritätsprinzip orientierte Regelung in Erwägung zu ziehen, wonach der Einzelne zunächst selbst für die Kosten eines freiwilligen Schwangerschaftsabbruchs aufkommen sollte

⁹⁹ Vgl. P. Kostorz, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 6, S. 151 ff.

¹⁰⁰ Zu diesen Kosten zählt auch die Zahlung des Krankengeldes wegen Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines solchen Schwangerschaftsabbruchs gemäß § 24b Abs. 2 S. 2 SGB V.

und staatliche Hilfen lediglich bedürftigkeitsabhängig gewährt werden, wenn die Eigenmittel der Betroffenen dafür nicht ausreichen.¹⁰¹ Dadurch könnte auch zu einer Entlastung der öffentlichen Haushalte beigetragen werden.

4.2.3 Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Versicherte der GKV Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft.¹⁰² So sollen die Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sein, hinreichende Aussicht darauf bestehen, dass durch sie eine Schwangerschaft herbeigeführt wird, die Leistungsbezieher miteinander verheiratet sein sowie ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Der Leistungsanspruch besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben und nicht älter als 40 (Frauen) und 50 (Männer) Jahre alt sind. Die Kosten der Maßnahmen werden zu 50 % von der GKV übernommen, die andere Hälfte trägt der Versicherte selbst.¹⁰³ Die Ausgaben der GKV für diese Leistungen können mangels verfügbarer Daten vom Institut nicht ermittelt werden.

Aus der Bedingung, dass Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (medizinisch) *erforderlich* sein sollten, könnte man zunächst schließen, dass es sich um versicherungsgemäße Leistungen der GKV handelt. Bei der Zeugungsunfähigkeit bzw. Unfruchtbarkeit handelt es sich nämlich um eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustands, die einen medizinischen Eingriff erforderlich macht. Der Tatbestand der Krankheit¹⁰⁴ wäre somit erfüllt; der Risikofall als Voraussetzung für einen Leistungsanspruch würde vorliegen. Allerdings ist das medizinische Ziel der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht die Wiederherstellung des regulären Gesundheitszustands, nämlich der Zeugungsfähigkeit bzw. Fruchtbarkeit, sondern vielmehr ausdrücklich die Herbeiführung einer Schwangerschaft. Eine solche Zielsetzung ist dem Zweck

101 Eine Regelung zur bedürftigkeitsabhängigen Gewährung von solchen Fürsorgeleistungen sieht bereits das Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen vor.

102 Vgl. § 27a Abs. 1 SGB V.

103 Bis Ende 2003 haben die Krankenkassen sogar die vollen Kosten übernommen.

104 Siehe Fn 7.

einer Krankenversicherung jedoch fremd; sie ist vielmehr familienpolitisch motiviert.

Die familienpolitische Zielsetzung wird auch durch die anderen Voraussetzungen verdeutlicht, die zur Leistungsanspruchnahme vorliegen müssen.¹⁰⁵ So müssen die Personen zum einen miteinander verheiratet sein und zum anderen sollen bei den Maßnahmen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Die Beschränkung der Leistung auf Ehepaare wird mit der verfassungsrechtlichen Pflicht des Staates zur Förderung der Ehe und Familie gerechtfertigt.¹⁰⁶ Die Förderung der Ehe und Familie ist jedoch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht einer bestimmten Versichertengemeinschaft auferlegt werden sollte. Daher sind Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft als versicherungsfremde Leistungen der GKV zu werten.

Unabhängig von der Zielsetzung ist auch der Ausschluss nicht verheirateter Versicherter von der Leistungsanspruchnahme als versicherungsfremd einzustufen. Denn dadurch wird einem Teil der Versichertengemeinschaft der Zugang zu derartigen Maßnahmen verwehrt, obwohl die Beiträge zur GKV unabhängig vom Familienstand erhoben werden. Auch aufgrund der bestehenden, wenn auch in der Sache sinnvollen¹⁰⁷, Altersbegrenzung können die Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft als versicherungsfremd gewertet werden. Denn auch hierdurch unterliegt ein Großteil der Versichertengemeinschaft einem

105 Siehe oben S. 42.

106 Vgl. *Bundesregierung*, Entwurf eines Gesetzes über die neunzehnte Anpassung der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie zur Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften (KOV-Anpassungsgesetz – KOVAnpG 1990), Bundestags-Drucksache 11/6760, S. 15.

107 Die *obere Altersbegrenzung* von 40 bzw. 50 Jahren wird damit begründet, dass in einem diese Grenze überschreitendem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Befruchtung relativ niedrig ist. Zudem soll sie „auch einer starken Gewichtung des künftigen Wohls des erhofften Kindes“ dienen. Die *untere Altersbegrenzung* von 25 Jahren soll dagegen dazu beitragen, „dass die Chance zu einer Spontanschwangerschaft nicht durch fehlende Geduld vieler Kinderwunschaare und auch der Ärzte mit Hilfe einer schnellen Medikalisierung des Kinderwunsches vertan wird. Die untere Grenze berücksichtigt damit auch, dass es bis zum Alter von 25 Jahren nur sehr wenig unfruchtbare Paare gibt.“ Vgl. *Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Bundestags-Drucksache 15/1525, S. 83.

Leistungsausschluss, obwohl die Beiträge zur GKV nicht altersabhängig erhoben werden.

Aufgrund ihres versicherungsfremden Charakters sollten Leistungen zur Herbeiführung der Schwangerschaft nicht aus Versicherungsbeiträgen der GKV finanziert werden. Darüber hinaus sollte in Erwägung gezogen werden, dass – wie bereits bei den Leistungen bei einem Schwangerschaftsabbruch vorgeschlagen – die Kosten der Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft grundsätzlich von den Versicherten in vollem Umfang selbst getragen werden, da die Familienplanung im Ermessen und der Verantwortung des Einzelnen liegen sollte.¹⁰⁸ Wird indes die Erfüllung des Kinderwunsches bei unfruchtbaren bzw. zeugungsunfähigen Personen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen, so wäre zu prüfen, ob finanzielle Hilfen des Staates zur Inanspruchnahme der Leistungen zur künstlichen Befruchtung bedürftigkeitsabhängig gewährt werden könnten. Durch eine solche bedürftigkeitsabhängige Begrenzung der Hilfen könnte zur Entlastung der öffentlichen Haushalte beigetragen werden.

4.2.4 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Zum Leistungskatalog der GKV gehören auch Leistungen, die nicht im SGB V, sondern in der Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelt sind. Dies gilt für bestimmte Sachleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Diese Leistungsgruppe umfasst die ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, die stationäre Entbindung, die häusliche Pflege sowie die Haushaltshilfe.¹⁰⁹ Die Ausgaben der GKV für diese Leistungen beliefen sich im Jahr 2008 auf insgesamt 3.260 Mio. Euro.

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft können ausschließlich von weiblichen Versicherten in Anspruch genommen werden. Die geschlechtsbezogene Ausgestaltung der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ist jedoch nicht als versicherungsfremd anzusehen, denn der Ausschluss der männlichen Versicherten von der Leistungs-

¹⁰⁸ Siehe Abschnitt 4.2.2.

¹⁰⁹ Vgl. §§ 195 RVO.

anspruchnahme ist nicht politisch gewollt, sondern vielmehr biologisch bedingt.

Grundsätzlich sind die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft als *versicherungsgemäß* zu beurteilen, denn sie sind zum einen aufgrund einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustands medizinisch erforderlich und zum anderen tragen sie zur wirksamen Verhütung von Erkrankungen der Schwangeren bzw. Mutter sowie des Kindes bei.

Einzig die Bereitstellung einer *Haushaltshilfe* gemäß § 199 RVO ist als eine *versicherungsfremde* Leistung der GKV zu werten. Sie wird dann gewährt, wenn der Versicherten wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Das Ziel dieser Maßnahme besteht somit nicht darin, den regulären Gesundheitszustand der Leistungsberechtigten wiederherzustellen oder Erkrankungen der Mutter und des Kindes zu verhüten, sondern die Weiterführung des Haushalts der Versicherten sicherzustellen. Diese Zielsetzung ist jedoch einer Krankenversicherung fremd und ist durch ein gesamtgesellschaftliches Anliegen bestimmt.¹¹⁰ Die Ausgaben der GKV für die Bereitstellung der Haushaltshilfe bei Schwanger- und Mutterschaft betragen im Jahr 2008 55 Mio. Euro.

Folglich sollten versicherungsgemäße Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft aus den Versicherungsbeiträgen der GKV finanziert werden. Dagegen sollten die Ausgaben für die Bereitstellung der Haushaltshilfe aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates bestritten werden, da es sich hierbei um eine versicherungsfremde Leistung der GKV handelt. Zudem sollte erwogen werden, wie bereits bei den vorherigen Leistungen vorgeschlagen, auch die Haushaltshilfe bedürftigkeitsabhängig zu gewähren,¹¹¹ was weiteres nicht bezifferbares Entlastungspotenzial für die öffentlichen Haushalte schaffen würde.

Bei der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden sind im Unterschied zur Versorgung mit derartigen Mitteln infolge von Krankheiten keine Zuzahlungen zu

¹¹⁰ Siehe auch Abschnitt 4.3.1.

¹¹¹ Siehe Abschnitt 4.2.2 und 4.2.3.

leisten. Dies ist jedoch unsystematisch und nicht sachgerecht, denn die Ähnlichkeit der Leistungsarten verbietet eine solche Differenzierung. Um zudem eine verantwortungsbewusste Leistungsanspruchnahme zu fördern, sollten auch bei der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden von den Versicherten Zuzahlungen erhoben werden.¹¹²

4.2.5 Mutterschaftsgeld

Zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft zählt ebenfalls das Mutterschaftsgeld.¹¹³ Es ist als eine Lohnersatzleistung ausgestaltet und soll grundsätzlich das wegen Schwangerschaft und Mutterschaft entgangene Nettoarbeitsentgelt bzw. -einkommen der Versicherten ersetzen. Das Mutterschaftsgeld der GKV ist in seiner Höhe auf 13 Euro/Tag begrenzt. Die Differenz zum tatsächlichen Arbeitsentgelt wird als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld gemäß entsprechender Vorschriften im Mutterschutzgesetz (MuSchG) grundsätzlich vom Arbeitgeber getragen und über die Umlage U2 finanziert.¹¹⁴ Für Selbständige, die freiwillig in der GKV versichert sind, wird ein Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt. Die Bezugsdauer des Mutterschaftsgeldes beträgt in der Regel 14 Wochen,¹¹⁵ bei Mehrlings- und Frühgeburten verlängert sie sich um weitere vier Wochen. Die Ausgaben der GKV für das Mutterschaftsgeld beliefen sich im Jahr 2008 auf 519 Mio. Euro.

Nicht in der GKV versicherte Beschäftigte erhalten ebenfalls ein Mutterschaftsgeld, allerdings nicht von der GKV, sondern vom Bund. Dieses beträgt insgesamt höchstens 210 Euro.¹¹⁶ Darüber hinaus haben auch sie Anspruch auf einen Zuschuss von ihrem Arbeitgeber, der sich allerdings ebenso wie bei den Versicherten der GKV auf den Differenzbetrag zwi-

112 So auch *P. Kistorz*, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 6, S. 232.

113 Vgl. § 200 RVO.

114 Vgl. § 14 MuSchG.

115 Genau beträgt die Bezugsdauer 14 Wochen und einen Tag, denn das Mutterschaftsgeld wird für die Zeit von sechs Wochen vor dem (voraussichtlichen) Entbindungstermin, den Tag der Entbindung und die Zeit von acht Wochen nach der Entbindung gezahlt. Vgl. § 200 Abs. 3 RVO.

116 Vgl. § 13 Abs. 2 MuSchG.

schen dem tatsächlichen Arbeitsentgelt und dem Mutterschaftsgeld der GKV von 13 Euro/Tag beläuft.

Das Mutterschaftsgeld der GKV ähnelt dem versicherungsgemäßen Krankengeld, das eine Lohnersatzleistung infolge von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit darstellt. Allerdings besteht der Unterschied zum Krankengeld darin, dass als Voraussetzung zur Inanspruchnahme des Mutterschaftsgeldes keine Arbeitsunfähigkeit der Versicherten aufgrund eines regelwidrigen Gesundheitszustands vorliegen muss. Vielmehr ist die Arbeitsunfähigkeit in einem vom Staat auferlegten Beschäftigungsverbot für Schwangere und Mütter gemäß dem MuSchG begründet, wonach Schwangere und Mütter in der Zeit von sechs Wochen vor und acht bzw. zwölf Monaten nach der Entbindung nicht arbeiten dürfen.¹¹⁷ Mit dem staatlich auferlegten Beschäftigungsverbot wird ein familienpolitisches und gesamtgesellschaftliches Ziel, nämlich der Schutz von (werdenden) Müttern, umgesetzt. Daher handelt es sich beim Mutterschaftsgeld um eine versicherungsfremde Leistung der GKV, die nicht dem Versicherungszweck der GKV entspricht.¹¹⁸

Ferner ist das Mutterschaftsgeld auch wegen der Staffelung der Leistungshöhe und -dauer als versicherungsfremd einzustufen. So wird sowohl bei der Leistungshöhe zwischen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten als auch hinsichtlich der Bezugsdauer zwischen „normalen“ Einzelgeburten und Mehrlings- oder Frühgeburten unterschieden. Die betroffenen Versicherten entrichten jedoch den gleichen Beitragssatz an die GKV, so dass sie bei genauer Anwendung des Versicherungsprinzips den gleichen Leistungsanspruch haben sollten. Die unterschiedliche Leistungsgestaltung stellt daher einen Verstoß gegen das Versicherungsprinzip dar. Insbesondere die Staffelung der Bezugsdauer ist familienpolitisch motiviert und geht damit über den eigentlichen Zweck einer Krankenversicherung hinaus.

¹¹⁷ Vgl. § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 MuSchG.

¹¹⁸ Vgl. auch *P. Kistorz*, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 6, S. 233 ff.

Der versicherungsfremde Charakter des Mutterschaftsgeldes ist sowohl in der einschlägigen Literatur unstrittig¹¹⁹ als auch von der Bundesregierung anerkannt¹²⁰. Daher sollte das Mutterschaftsgeld nicht durch Beiträge der Versicherten, sondern aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden.

4.3 Kinderabhängige Leistungen

4.3.1 Haushaltshilfe

Wenn die Weiterführung des Haushalts wegen einer stationären Behandlungsmaßnahme nicht möglich sein sollte, haben Versicherte der GKV Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Der Leistungsanspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Eine wesentliche Voraussetzung für die Leistungsanspruchnahme ist, dass im Haushalt ein Kind unter zwölf Jahren lebt oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.¹²¹ Die Leistungsdauer ist gesetzlich nicht begrenzt. Die Ausgaben der GKV für die Haushaltshilfe beliefen sich im Jahr 2008 auf 183 Mio. Euro.

Mit der Bereitstellung einer Haushaltshilfe wird das Ziel verfolgt, die Grundversorgung eines oder mehrerer Kinder zu gewährleisten, wenn dies dem erkrankten Haushaltsvorstand und den anderen im selben Haushalt lebenden Personen nicht möglich ist. Damit werden mit dieser Leistung de facto sozial- und familienpolitisch motivierte Ziele bzw. Grundsicherungsziele verfolgt, die als gesamtgesellschaftliches Anliegen betrachtet werden und über den Zweck einer Krankenversicherung hinausgehen.¹²² Die Bereitstellung einer Haushaltshilfe ist als eine Fürsorgeleistung des Staates und somit als eine versicherungsfremde Leistung der GKV zu werten.

119 Vgl. ebenda; F. Beske und J. Hübener, Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 92, S. 37; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2005/2006, Fn 5, Tabelle 35.

120 Vgl. Bundesregierung, Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch das Tabaksteueraufkommen, Bundestags-Drucksache 15/4104.

121 Vgl. § 38 SGB V.

122 So findet sich eine ähnliche Regelung bereits in § 20 SGB VIII, demgemäß die Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen geregelt ist.

Als versicherungsfremd ist die Bereitstellung einer Haushaltshilfe auch deshalb anzusehen, weil sie nur Versicherten mit einem Kind unter zwölf Jahren oder einem hilfsbedürftigen behinderten Kind zusteht. Weil diese Versicherten­gruppe für den höheren Leistungsanspruch keine zusätzlichen Beiträge an die GKV entrichtet, liegt streng genommen ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip vor.¹²³

Aufgrund ihres versicherungsfremden Charakters, der auch von der Bundesregierung anerkannt ist¹²⁴, sollte die Haushaltshilfe nicht aus Versichertenbeiträgen der GKV, sondern aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden.¹²⁵ Da es sich bei dieser Leistung um eine staatliche Fürsorgeleistung handelt, sollte in Erwägung gezogen werden, sie bedürftigkeitsabhängig zu gewähren. Durch eine solche bedürftigkeitsabhängige Leistungsgewährung könnte zu einer Entlastung der öffentlichen Haushalte beigetragen werden.

4.3.2 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Unabhängig von ihrem eigenen Gesundheitszustand haben Versicherte der GKV auch Anspruch auf das Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Betreuung ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleiben. Wie auch bei den Regelungen zur Haushaltshilfe besteht beim Krankengeld bei Erkrankung des Kindes eine wesentliche Voraussetzung für die Leistungsanspruchnahme darin, dass das Kind unter zwölf Jahren oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Eine

123 Die Beurteilung dieser Leistung als versicherungsfremd steht nicht im Widerspruch zur Beurteilung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern als *nicht* versicherungsfremd (siehe ausführlich Abschnitt 5.4). Zwar erbringen die kindererziehenden Versicherten einen zusätzlichen, sogenannten generativen Beitrag zur Umlagefinanzierung, der einer entsprechenden Gegenleistung bedarf; allerdings wird dieser generative Beitrag zielgenauer mit der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern als mit sonstigen kinderabhängigen Leistungen abgegolten. Während nämlich die kinderabhängigen Leistungen nur von bestimmten kindererziehenden Versicherten in Anspruch genommen werden können und auch nur dann, wenn der zur Leistungsanspruchnahme berechtigte Krankheitsfall vorliegt, kommt die Beitragsfreiheit *allen* Versicherten mit Kindern unmittelbar zugute.

124 Vgl. *Bundesregierung*, Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch das Tabaksteueraufkommen, Fn 120.

125 So auch *P. Kostorz*, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 6, S. 184 ff. sowie *F. Beske und J. Hübener*, Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 92, S. 45.

weitere Voraussetzung ist, dass keine andere im Haushalt lebende Person das Kind betreuen kann und das Kind selbst in der GKV versichert ist. Das Krankengeld beträgt in der Regel 70% des in den letzten vier Wochen vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erzielten Arbeitsentgelts bzw. -einkommens und darf 90 % des Nettoarbeitsentgelts nicht überschreiten.¹²⁶ Die Bezugsdauer beträgt pro Kalenderjahr und Kind längstens zehn Arbeitstage, maximal jedoch 25 Arbeitstage. Für alleinerziehende Versicherte gelten jeweils die doppelten Werte.¹²⁷ Die Ausgaben der GKV für das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes beliefen sich im Jahr 2008 auf 118 Mio. Euro.

Genauso wie die Haushaltshilfe soll auch die Gewährung des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes eine Sicherung der Versorgung von (erkrankten) Kindern sicherstellen. Dieses Ziel soll jedoch mit einer Geldleistung erreicht werden, indem der Einkommensausfall infolge einer Freistellung eines Elternteils von der Arbeit zwecks Betreuung ihres erkrankten Kindes weitgehend durch das Krankengeld kompensiert wird. Diese Zielsetzung ist sozial- und familienpolitisch motiviert und wird als gesamtgesellschaftliches Anliegen betrachtet.¹²⁸ Das sozial- und familienpolitische Motiv wird noch durch die längere Bezugsdauer für Alleinerziehende verdeutlicht, indem ihnen als besonders förderungsbedürftige Zielgruppe höhere Leistungsansprüche zugestanden werden. Eine derartige Zielsetzung geht über den Zweck der Krankenversicherung hinaus, weshalb das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes als eine versicherungsfremde Leistung der GKV einzustufen ist.¹²⁹

Des Weiteren ist das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes auch deshalb als versicherungsfremd zu werten, weil es nur von Versicherten mit einem Kind unter zwölf Jahren oder einem hilfsbedürftigen behinderten Kind in Anspruch genommen werden kann und Alleinerziehenden ein höherer Leistungsanspruch gewährt wird. Da die begünstigten Versicher-

126 Zur Höhe und Berechnung des Krankengeldes siehe § 47 SGB V.

127 Vgl. § 45 SGB V.

128 So auch *Bundesregierung*, Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Bundestags-Drucksache Nr. 12/1363, S. 6 f.

129 Vgl. auch *P. Kostorz*, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 6, S. 192 ff. sowie *F. Beske und J. Hübener*, Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 92, S. 41.

tengruppen jedoch für diesen höheren Leistungsanspruch keine zusätzlichen Beiträge an die GKV entrichten, liegt streng genommen ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip vor.¹³⁰

Als versicherungsfremde Leistung der GKV sollte das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nicht aus Versichertenbeiträgen der GKV, sondern aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden.¹³¹ Allerdings ist eine Umgestaltung und Begrenzung der bestehenden Leistung in Erwägung zu ziehen. Grundsätzlich sollten kindererziehende Arbeitnehmer die Möglichkeit haben, sich zur Pflege ihres erkrankten Kindes von der Arbeit freistellen zu lassen. Aus familienpolitischen Gründen ist es gleichzeitig zu vermeiden, dass insbesondere Arbeitnehmer mit geringem Einkommen von einer solchen Freistellung absehen, weil sie den damit verbundenen Lohnausfall vermeiden wollen. Für eine Freistellung mit Lohnfortzahlung in voller Höhe bietet § 616 BGB bereits eine Grundlage, wonach Arbeitnehmer bei Erkrankung ihres Kindes bis zu fünf Arbeitstage von der Arbeit fernbleiben dürfen.¹³² Allerdings ist ein solcher Lohnfortzahlungsanspruch in vielen Fällen durch Arbeits- und Tarifverträge ausgeschlossen, so dass es zunächst einer Änderung dieser arbeitsrechtlichen Regelungen bedürfte. Darüber hinaus erscheint es durchaus zumutbar, dass Arbeitnehmer im Falle einer kurzfristigen Arbeitsverhinderung von ihrem regulären Urlaub Tage in Anspruch nehmen, insbesondere wenn ihr Urlaubsanspruch über den gesetzlich vorgeschriebenen Mindesturlaub hinausgeht. Sofern diese beiden Möglichkeiten nicht ausreichen sollten, um das familienpolitische Ziel der Versorgung von Kindern im Krankheitsfall zu erreichen, sind bei einer unbezahlten Arbeitsfreistellung Einkommensersatzleistungen zu gewähren. Dabei wäre zu prüfen, ob der Einkommensersatz bei einer Arbeitsfreistellung aufgrund einer Erkrankung des Kindes dann als Fürsorgeleistung ausgestaltet und bedürftigkeitsabhängig gewährt werden kann, genauso wie das Institut beispielsweise bei der Bereitstellung der Haus-

130 Siehe auch Fn 123.

131 So auch *Bundesregierung*, Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch das Tabaksteueraufkommen, Fn 120.

132 Vgl. *H.-J. Dörner*, Kommentar zum § 616 BGB, Rdnr. 10, in: *Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht*, 8. Auflage, München 2008.

haltshilfe vorgeschlagen hat.¹³³ Diese Leistung sollte gegenüber den beiden oben genannten Möglichkeiten als nachrangig ausgestaltet werden.

4.4 Belastungsregelungen bei Zahnersatz und Zuzahlungen

4.4.1 Belastungsregelung bei der Kostenerstattung für Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Brücken, Zahnkronen und Suprakonstruktionen.¹³⁴ Grundsätzlich sind die Kosten für die Versorgung mit Zahnersatz von den Versicherten der GKV selbst zu tragen. Die Leistung der GKV beschränkt sich auf eine anteilige Kostenerstattung. So haben die Versicherten einen Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz in Höhe von 50 % der festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Der Zuschuss erhöht sich um bis zu 30 %, wenn der Versicherte nachweisen kann, dass er über einen längeren Zeitraum zahnprophylaktische Untersuchungen in Anspruch genommen hat.¹³⁵

Um unzumutbare Belastungen der Versicherten zu verhindern, können Versicherte mit geringen Einkommen darüber hinaus eine Erstattung in Höhe der Differenz zwischen dem Festzuschuss und den tatsächlichen Kosten der jeweiligen Regelversorgung erhalten. Eine unzumutbare Belastung liegt zum Beispiel vor, wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt eine bestimmte Höhe nicht überschreiten oder wenn der Versicherte Leistungen der Grundsicherung bezieht.¹³⁶ Die Ausgaben der GKV für Zuschüsse im Rahmen dieser Belastungsregelung beliefen sich im Jahr 2008 auf rund 420 Mio. Euro.

Die Belastungsregelung bei der Kostenerstattung für Zahnersatz kann als eine versicherungsfremde Leistung der GKV eingestuft werden. Dies kann zunächst damit begründet werden, dass durch die Regelung

133 Siehe Abschnitt 4.3.1. Zu prüfen wäre auch, inwieweit bei einer solchen Regelung den besonderen Erfordernissen von Alleinerziehenden entsprochen werden kann.

134 Nicht zum Zahnersatz zählen dagegen Zahnfüllungen, Inlays oder Wurzelkanalfüllungen. Vgl. S. Nolte, Kommentar zum § 55 SGB V, Rdnr. 14, in: S. Leitherer (Hrsg.), Kessler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 1.

135 Vgl. § 55 ff. SGB V.

136 Vgl. § 55 Abs. 2 und 3 SGB V.

das Versicherungsprinzip durchbrochen wird, indem einer bestimmten Personengruppe höhere Leistungen als der übrigen Versichertengemeinschaft zugestanden werden, obwohl jene Personengruppe für diese Zusatzleistungen keine zusätzlichen Beiträge zur GKV entrichtet hat.

Der versicherungsfremde Charakter zeigt sich auch in der bedürftigkeitsabhängigen Ausgestaltung der Kostenerstattung bei der Versorgung mit Zahnersatz. Damit soll offenbar das Ziel verfolgt werden, dass jeder Versicherte unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen und seinen Zahlungsmöglichkeiten die vollständige Regelversorgung erhält. Eine solche uneingeschränkte Versorgung von wirtschaftlich schwächeren Haushalten mit bestimmten Leistungen ist ein sozialpolitisch motiviertes Ziel und somit ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Die bedürftigkeitsabhängige Ausgestaltung orientiert sich am Versorgungs- bzw. Fürsorgeprinzip, so dass sie als eine Fürsorgeleistung des Staates angesehen werden kann. Fürsorgeleistungen, mit denen gesamtgesellschaftliche Ziel verfolgt werden, sollten jedoch keiner speziellen Versichertengemeinschaft angelastet, sondern von der Allgemeinheit finanziert werden.¹³⁷

Da es sich bei der Härtefallregelung bei der Kostenerstattung für die Versorgung mit Zahnersatz um eine versicherungsfremde Leistung der GKV handelt, sollte sie nicht mehr aus den Beitragsmitteln der GKV, sondern aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden.

4.4.2 Belastungsregelung bei Zuzahlungen

Für bestimmte Leistungen der GKV haben Versicherte Zuzahlungen zu leisten. Die Zuzahlung für beispielsweise Arznei- und Hilfsmittel beträgt 10 % des Abgabepreises, jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege ist die Zuzahlung auf 10 % der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung des Arztes festgelegt. Bei stationären Maßnahmen, wie beispielsweise einer Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme, beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Kalendertag.¹³⁸

¹³⁷ Siehe auch Abschnitt 2.2.

¹³⁸ Vgl. § 61 SGB V.

Für Versicherte mit einem relativ geringen Einkommen sowie für chronisch kranke Versicherte und Teilnehmer an strukturierten Behandlungsprogrammen existieren flankierende Belastungsregelungen. Danach haben diese Versichertengruppen während jedes Kalenderjahres Zuzahlungen nur bis zu einer bestimmten Belastungsgrenze zu leisten. Die Belastungsgrenze beträgt grundsätzlich 2 %; für chronisch Kranke sowie Teilnehmer an strukturierten Behandlungsprogrammen jedoch 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.¹³⁹ Der Umfang der Belastungsregelung bei Zuzahlungen belief sich im Jahr 2008 auf 301 Mio. Euro.

Die Belastungsregelung bei Zuzahlungen ist grundsätzlich aus den gleichen Gründen wie die Belastungsregelung bei der Kostenerstattung für Zahnersatz als versicherungsfremd zu werten.¹⁴⁰ Zum einen wird auch hier dem Versicherungsprinzip nicht entsprochen, denn bestimmten Versichertengruppen werden die gleichen Leistungen wie der übrigen Versichertengemeinschaft gewährt, ohne jedoch von ihnen auch gleich hohe Zuzahlungen zu verlangen. Somit erhält ein Teil der Versichertenleistungen zu einem günstigeren Preis. Zum anderen folgt die bedürftigkeitsabhängige Ausgestaltung der Zuzahlungsregelungen einer sozialpolitisch motivierten Zielsetzung, nämlich eine Überforderung von wirtschaftlich schwächeren Haushalten durch Zuzahlungen zu Krankenversicherungsleistungen zu vermeiden. Eine solche Zielsetzung geht jedoch über den Zweck der GKV hinaus und stellt ein gesamtgesellschaftliches Anliegen dar.

Aufgrund ihres versicherungsfremden Charakters sollten die Ausnahmeregelungen bei Zuzahlungen künftig nicht aus den Beitragseinnahmen der GKV, sondern sachgerecht aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden.

¹³⁹ Vgl. § 62 Abs. 1 SGB V. Unter bestimmten Voraussetzungen gilt für chronisch kranke Versicherte eine Belastungsgrenze von 2 %. Zur genauen Ermittlung der Belastungsgrenzen siehe § 62 Abs. 2 SGB V.

¹⁴⁰ Siehe Abschnitt 4.4.1.

4.5 Sonstige Leistungen

4.5.1 Leistungen zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit

Versicherte der GKV haben Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Hierzu gehören die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen in entsprechenden Einrichtungen.¹⁴¹ Darüber hinaus können auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden,¹⁴² um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, sie zu überwinden, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.¹⁴³ Die Ausgaben der GKV für diese Leistungen können vom Institut nicht quantifiziert werden, weil ihm keine entsprechenden Daten vorliegen.

Medizinisch erforderliche Leistungen zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit sowie ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen sind als versicherungsfremde Leistungen der GKV einzustufen. Grundsätzlich würden derartige Leistungen zwar nicht unbedingt der Aufgabenstellung der GKV widersprechen, da die Pflegebedürftigkeit mit einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustands gleichzusetzen ist und damit der Risikofall der Krankheit vorliegt. Allerdings gibt es im deutschen Sozialversicherungssystem mit der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) eine Institution, die für die Bereitstellung von Versicherungsleistungen im Risikofall der Pflegebedürftigkeit zuständig ist. Angesichts dieser institutionellen Strukturen fällt die Gewährung von Leistungen zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit in den Zuständigkeitsbereich der SPV. Eine Zuordnung derartiger Leistungen zum Zuständigkeitsbereich der GKV ist auch deshalb nicht sachgerecht, weil die GKV die mit der Bereitstellung dieser Leistungen verbundenen Ausgaben tragen muss, während der mögliche Nutzen in Form von vermeid-

141 Vgl. § 23 SGB V.

142 Vgl. § 40 Abs. 1 S. 2 SGB V.

143 Vgl. *Fractionen der CDU/CSU und SPD*, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Fn 71, S. 106.

baren Pflegefällen und folglich Kosteneinsparungen auf Seiten der SPV anfällt.¹⁴⁴

Aus diesen Gründen sind die im Leistungskatalog der GKV enthaltenen Leistungen zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit sowie die ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen sachgerecht durch die Versicherungsgemeinschaft der SPV zu finanzieren. Hierzu sollte entweder die bestehende gesetzliche Regelung in das SGB XI übertragen oder ein Erstattungsanspruch der Krankenkassen gegenüber der SPV im SGB V verankert werden.

4.5.2 Leistungen der Palliativversorgung

Der Leistungskatalog der GKV umfasst auch Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung. Palliativmedizin ist als die Behandlung und Begleitung von Menschen mit einer nicht heilbaren Erkrankung und mit begrenzter Lebenserwartung definiert.¹⁴⁵ Die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zielen darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen.¹⁴⁶ Darüber hinaus haben Versicherte Anspruch auf einen Zuschuss zur Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird.¹⁴⁷ Ferner fördert die GKV auch ambulante Hospizdienste.¹⁴⁸ Auf diesen Leistungsbereich entfielen im Jahr 2008 Ausgaben in Höhe von rund 72 Mio. Euro.¹⁴⁹

Palliativmedizinische Leistungen der GKV sind mit Leistungen zur Sterbebegleitung gleichzusetzen. Mit ihnen wird das Ziel verfolgt, „dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der ei-

144 Vgl. auch P. Kistorz, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 6, S. 130 ff.

145 Vgl. *Bundesärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.)*, Kursbuch Palliativmedizin, abrufbar im Internet: <http://www.bundesaeerztekammer.de/downloads/KursPalliativ.pdf>, Abrufdatum: 07.08.2009, S. 5.

146 Vgl. § 37b Abs. 1 SGB V.

147 Vgl. § 39a Abs. 1 SGB V.

148 Vgl. § 39a Abs. 2 SGB V.

149 Hiervon entfallen 2 Mio. Euro auf die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und 69,5 Mio. Euro auf die stationären und ambulanten Hospizleistungen.

genen häuslichen Umgebung zu sterben¹⁵⁰. Eine solche Zielsetzung geht über den Zweck einer Krankenversicherung hinaus; sie verfolgt vielmehr ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Aus diesem Grund sind palliativmedizinische Leistungen der GKV als versicherungsfremd zu beurteilen.

Zwar ist die GKV nicht allein für die Finanzierung von Maßnahmen der Sterbebegleitung verantwortlich, jedoch verbietet der versicherungsfremde Charakter solcher Leistungen auch eine Mitfinanzierung durch eine spezielle Versichertengemeinschaft. Maßnahmen der Sterbebegleitung sollten deshalb künftig vollständig aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden und nicht mehr (anteilig) aus zweckgebundenen Versicherungsbeiträgen der GKV.

4.5.3 Förderung der Selbsthilfe

Die GKV soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation bei bestimmten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Der Spitzenverband der GKV beschließt hierzu die Förderungsgrundsätze und erstellt ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, zu denen Selbsthilfeforen gefördert werden können.¹⁵¹ Zur Finanzierung dieser Aufgabe sollen die Krankenkassen rund 0,56 Euro pro Versicherten aufwenden.¹⁵² Im Jahr 2008 gab die GKV für die Förderung der Selbsthilfe insgesamt rund 39 Mio. Euro aus.

Selbsthilfeeinrichtungen liefern mit ihrem Angebot einen Beitrag zum gesamten Gesundheitssystem. Ihrer Tätigkeit wird ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen zuerkannt.¹⁵³ Die Selbsthilfeförderung ist allerdings keine Aufgabe einer Krankenversicherung, denn eine finanzielle Unterstützung von privaten Einrichtungen geht über ihren eigentlichen Zweck

150 *Fractionen der CDU/CSU und SPD*, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Fn 71, S. 105.

151 Diese Leitlinien sind auf der Internetseite des Spitzenverbandes der GKV einsehbar unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/Selbsthilfe.gkvnet>, Abrufdatum: 18.08.2009.

152 Vgl. § 20c SGB V.

153 Vgl. mit weiterführenden Quellen *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Bundestags-Drucksache 14/6871, Tz. 159 ff.

hinaus.¹⁵⁴ Hierfür spricht auch die Tatsache, dass die Selbsthilfeeinrichtungen im Bereich der primären Prävention tätig sind, die ebenfalls keine Aufgabe der GKV sein sollte.¹⁵⁵ Die Förderung der Selbsthilfe wird vielmehr als ein gesamtgesellschaftliches Ziel betrachtet.¹⁵⁶ Deshalb ist sie als eine versicherungsfremde Leistung der GKV zu werten.

Die Selbsthilfeförderung kommt ferner auch privat versicherten Personen zugute, sofern sie die Angebote der aus Beitragsmitteln der GKV geförderten Selbsthilfeeinrichtungen in Anspruch nehmen sollten. Hierin ist ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip zu sehen, denn die zweckgebundenen Versichertenbeiträge der GKV werden nicht nur für die Interessen der Versichertengemeinschaft verausgabt, sondern auch für einen Personenkreis, der sich nicht an der Finanzierung der GKV beteiligt. Auch aus diesem Grund ist die Förderung der Selbsthilfe als eine versicherungsfremde Leistung der GKV anzusehen.

Sofern die Förderung der Selbsthilfeeinrichtungen als eine notwendige staatliche Aufgabe angesehen wird, sollte sie nicht mehr aus Versicherungsbeiträgen der GKV, sondern aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden.

4.5.4 Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

Die GKV fördert ebenfalls Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung. Im Rahmen von Modellvorhaben werden solche Einrichtungen gefördert, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben. Als eine weitere und entscheidende Voraussetzung für eine Förderung gilt der Nachweis der Neutralität und Unabhängigkeit.¹⁵⁷ Das finanzielle Förderungsvolumen ist zwar kraft Gesetz auf 5,1 Mio. Euro festgelegt, die effektiven Ausgaben der GKV im Jahr 2008 betragen jedoch rund 4 Mio. Euro.

154 Vgl. F. Beske, Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung – Ein Handlungskonzept, Fn 55, S. 84.

155 Siehe Abschnitt 4.1.1.

156 Vgl. etwa Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Selbsthilfe im Gesundheitsbereich, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23, Berlin 2004, S. 7 und 28.

157 Vgl. § 65b SGB V.

Die Förderung von unabhängigen Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung ist ähnlich zu beurteilen wie die Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen. Auch wenn die Verbraucher- und Patientenberatung dazu führen kann, dass informierte Verbraucher „zu einem effizienten Umgang mit Ressourcen als auch zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können“¹⁵⁸, gehört die Förderung von unabhängigen Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung vom Grundsatz her nicht zum Aufgabenbereich der GKV und ist deshalb als eine versicherungsfremde Leistung zu werten.

Zudem kommt die Förderung von unabhängigen Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung genauso wie die Selbsthilfeförderung privat versicherten Personen zugute, sofern sie die Angebote der aus Beitragsmitteln der GKV geförderten Institutionen in Anspruch nehmen sollten, was einen Verstoß gegen das Versicherungsprinzip darstellt und den versicherungsfremden Charakter dieser Leistung unterstreicht.¹⁵⁹

Gegen eine Förderung von unabhängigen Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung durch die GKV spricht indes grundsätzlich, „dass Versicherten- und Patientensouveränität auch Souveränität den Krankenkassen gegenüber bedeutet“¹⁶⁰. Daher läuft die Vergabe von Fördermitteln durch die GKV dem Ziel einer Ausweitung von Angeboten *unabhängiger* Institutionen zuwider, denn durch die finanzielle Unterstützung der GKV verlieren die geförderten Einrichtungen zunehmend an finanzieller Unabhängigkeit gegenüber den Krankenkassen.

Die versicherungsfremde Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung sollte nicht mehr aus den Versichertenbeiträgen der GKV finanziert werden. Sofern eine Unterstützung solcher Institutionen politisch erwünscht ist, sollte sie aus den allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates bestritten werden.¹⁶¹

158 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2003, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bundestags-Drucksache 15/530, Tz. 279.

159 Siehe bereits Abschnitt 4.5.3.

160 *F. Beske*, Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung – Ein Handlungskonzept, Fn 55, S. 77.

161 Vgl. auch ebenda.

4.5.5 Verwaltungsausgaben für versicherungsfremde Leistungen

Mit der Bereitstellung der zuvor genannten versicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV sind auch administrative Tätigkeiten verbunden, die zu Verwaltungsausgaben führen. Diejenigen Verwaltungsausgaben, die der Inanspruchnahme der versicherungsfremden Leistungen zugeordnet werden können, sind daher ebenfalls als versicherungsfremd anzusehen. Mangels verfügbarer Daten ist es dem Institut allerdings nicht möglich, den Anteil der Verwaltungsausgaben der GKV zu ermitteln, der auf die Gewährung von versicherungsfremden Leistungen entfällt.

Grundsätzlich sollten solche Verwaltungsausgaben nicht aus zweckgebundenen Versicherungsbeiträgen, sondern ebenso wie die versicherungsfremden Leistungen selbst aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden. Im Zuge des vom Institut vorgeschlagenen Abbaus einzelner versicherungsfremder Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV dürften jedoch auch bestimmte administrative Tätigkeiten entfallen, wodurch Verwaltungsausgaben reduziert werden können.

4.6 Zusammenfassung der versicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite

Tabelle 1 veranschaulicht zusammenfassend die versicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV. Das Volumen der Ausgaben für die bezifferten versicherungsfremden Leistungen beträgt 3,85 Mrd. Euro.¹⁶² Die vorangegangene Überprüfung dieser Leistungen hat gezeigt, dass viele dieser Leistungen abgebaut bzw. die Finanzierungszuständigkeit auf andere Sozialversicherungsträger übertragen werden sollten. Die durch einen solchen Abbau bzw. eine solche sachgerechte Umfinanzierung erzielbaren Einsparungen in der GKV belaufen sich auf 212 Mio. Euro. Einschließlich der nicht quantifizierten Positionen fallen die Einsparungen tatsächlich noch höher aus. Der verbleibende Umfang

¹⁶² Dieser Umfang stimmt somit in etwa mit den Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit zum Volumen der versicherungsfremden Leistungen in der GKV überein. Siehe Fn 4.

Tabelle 1: Versicherungsfremde Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV

Versicherungsfremde Leistung	Ausgaben (in Mio. Euro) ¹	
	gesamt	davon abbaubar
Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	304 ²	k. A. ⁵
Betriebliche Gesundheitsförderung	18 ³	18
Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	18 ³	18 ⁶
Schutzimpfungen vor ansteckenden Krankheiten	1.758 ²	176
Gruppenprophylaxe	41 ²	k. A. ⁵
Nicht medizinisch erforderliche Leistungen zur Empfängnisverhütung	k. A. ⁴	0
Leistungen bei Schwangerschaftsabbrüchen gemäß der Beratungsregelung und aufgrund kriminologischer Indikation	k. A. ⁴	k. A. ⁵
Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft	k. A. ⁴	k. A. ⁵
Haushaltshilfe bei Schwanger- und Mutterschaft gemäß § 199 RVO	55 ²	k. A. ⁵
Mutterschaftsgeld	519 ²	0
Haushaltshilfe bei stationärer Behandlung gemäß § 38 SGB V	183 ²	k. A. ⁵
Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	118 ²	k. A. ⁵
Belastungsregelung bei Kostenerstattung für Zahnersatz	420 ²	0
Belastungsregelung bei Zuzahlungen	301 ²	0
Leistungen zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit	k. A. ⁴	0 ⁷
Leistungen der Palliativversorgung	72 ²	0
Förderung der Selbsthilfe	39 ²	k. A. ⁵
Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung	4 ²	k. A. ⁵
Anteilige Verwaltungsausgaben	k. A. ⁴	k. A. ⁵
Summe	3.850	212
<p>1 Werte wurden auf volle Millionen gerundet 2 Istwert 2008 3 Schätzwert in Bezug auf den Istwert 2008 4 Ausgabenhöhe mangels amtlicher Zahlen nicht quantifizierbar 5 Abbau- bzw. Einsparvolumen mangels amtlicher Zahlen nicht quantifizierbar 6 Finanzierung durch Gesetzliche Unfallversicherung; Einsparungen dort in mindestens gleicher Höhe möglich 7 Finanzierung durch Soziale Pflegeversicherung</p>		

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, GKV-Spitzenverband, eigene Berechnungen.

der bezifferten versicherungsfremden Leistungen von 3,64 Mrd. Euro sollte künftig nicht aus Beitragsmitteln der GKV, sondern sachgerecht aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden.

5. Versicherungsfremde Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV

Wie bereits oben dargelegt, verlangt eine Verwirklichung des Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzips, dass unter anderem die Beiträge und Leistungen in einem angemessenen Verhältnis stehen und dass Personen, die keine Beiträge an die GKV entrichten, auch keinen Anspruch auf Leistungen aus der GKV haben sollten.¹⁶³ An diesen Kriterien sind nicht nur die Leistungen, sondern ist auch die Finanzierung der GKV zu messen. In diesem Kapitel wird daher die Vereinbarkeit der bestehenden Finanzierungsstruktur der GKV mit dem Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip untersucht.

5.1 Einkommensabhängige Beitragsgestaltung

Die Beitragsbemessung in der GKV orientiert sich im Gegensatz zu privaten Versicherungen nicht an der reinen versicherungstechnischen Individualäquivalenz, sondern berücksichtigt auch solidarische Elemente.¹⁶⁴ Die Beiträge werden nämlich nicht nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand differenziert. Eine solche risikounabhängige Beitragsbemessung verursacht eine Umverteilung von guten zu schlechten Risiken innerhalb der GKV. Sie ist jedoch als ein Ausdruck des Solidarprinzips anzusehen, der für die gesamte gesetzliche Sozialversicherung typisch und daher als *versicherungsgemäß* zu beurteilen ist.¹⁶⁵

Darüber hinaus orientiert sich die derzeitige Beitragsgestaltung in der GKV an den Einkommen der Versicherten. Die Beiträge zur GKV werden als ein bestimmter Prozentsatz¹⁶⁶ vom beitragspflichtigen Arbeitsentgelt bzw. -einkommen bis zu einer Höhe von derzeit 3.750 Euro erhoben. Bis zu dieser Beitragsbemessungsgrenze zahlen Versicherte mit unter-

163 Siehe Abschnitt 3.1.

164 Vgl. B. Hansjürgens, Äquivalenzprinzip und Staatsfinanzierung, Berlin 2001, S. 282 f.

165 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2005/2006, Fn 5, Tz. 514 und K.-D. Henke, Zur Rolle des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: W. Schmähl, Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen 1985, S. 58.

166 Der allgemeine Beitragssatz zur GKV liegt zurzeit bei 14,9 %.

schiedlich hohen Einkommen unterschiedlich hohe Beiträge zur GKV. Eine solche einkommensbezogene Beitragserhebung wäre nur dann mit dem Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip vereinbar, wenn auch alle Leistungen der GKV nach dem Einkommen der Versicherten gestaffelt wären, so wie es zum Beispiel bei der Rente der Gesetzlichen Rentenversicherung oder beim Arbeitslosengeld der Arbeitslosenversicherung der Fall ist. Bei einer solchen Ausgestaltung würde nämlich dem Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip konsequent entsprochen, indem unterschiedlich hohe Versichertenbeiträge zum Anspruch auf unterschiedlich hohe Leistungen führten. Damit stünden Beiträge und Leistungen der GKV in einem angemessenen Verhältnis.

Im aktuellen Leistungskatalog der GKV ist jedoch nur *eine* versicherungsgemäße Leistung, nämlich das Krankengeld, nach dem Einkommen gestaffelt und an die entrichteten Beiträge der Versicherten gekoppelt. Die Beitragszahlung und die Krankengeldhöhe befinden sich somit in einem angemessenen Verhältnis. Insofern ist die geltende einkommensabhängige Beitragsgestaltung im Hinblick auf die Gewährung des ebenfalls einkommensabhängigen Krankengeldes mit dem Äquivalenzprinzip vereinbar und somit als *versicherungsgemäß* zu werten. Im Unterschied dazu sind alle übrigen Leistungen der GKV einkommensunabhängig ausgestaltet und können von den Versicherten im gleichen Ausmaß beansprucht werden. Eine Beitrags-Leistungs-Äquivalenz besteht hier nicht, denn für unterschiedlich hohe Beiträge erhalten die Versicherten Leistungen in gleicher Höhe. Da auf diese einkommensunabhängigen Leistungen etwa 96 Prozent der Ausgaben der GKV entfallen,¹⁶⁷ widerspricht die geltende einkommensabhängige Beitragsgestaltung für den größten Teil des Leistungskatalogs der GKV dem Äquivalenzprinzip und ist als *versicherungsfremd* zu beurteilen.¹⁶⁸ Lediglich für Versicherte mit einem beitragspflichtigen Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze ist die Beitragsgestaltung mit dem Äquivalenzprinzip vereinbar, denn diese Versichertengruppe zahlt einen gleich hohen Beitrag für einen gleich hohen Leistungsanspruch.

167 Die Ausgaben für das einkommensabhängige Krankengeld haben einen Anteil von lediglich vier Prozent an den Gesamtausgaben der GKV.

168 Vgl. auch C. Rolfs, Das Versicherungsprinzip im Sozialversicherungsrecht, München 2000, S. 266 f.

Durch die einkommensabhängige Beitragsgestaltung erfolgt in der GKV ein Einkommensausgleich zwischen höheren und niedrigeren Einkommen. Auf diese Weise werden die Beitragszahlungen der Versicherten mit niedrigeren Einkommen von den Versicherten mit höheren Einkommen subventioniert. Eine derartige Einkommensumverteilung ist jedoch keine originäre Aufgabe der Versichertengemeinschaft der GKV, denn der Umverteilung liegt die Zielsetzung zugrunde, Versicherten mit einem geringeren Einkommen einen Krankenversicherungsschutz zu niedrigeren Prämien zu ermöglichen. Da diese verteilungspolitische Zielsetzung über den Zweck der GKV hinausgeht und als gesamtgesellschaftliches Anliegen betrachtet wird, kann die Einkommensumverteilung als *versicherungsfremdes* Element der GKV gewertet werden.¹⁶⁹

Der Umfang der versicherungsfremden Einkommensumverteilung lässt sich unter Zugrundelegung eines einheitlichen und versicherungsgemäßen Beitrags messen. Aufgrund der einkommensunabhängigen Leistungen der GKV und des einheitlichen Leistungsanspruchs der Versicherten entspräche es einer versicherungsgemäßen Beitragsgestaltung unter Zugrundelegung des Äquivalenzprinzips, auch einheitliche und vom Einkommen unabhängige Beiträge von den Versicherten zu erheben. In einem Umlageverfahren müsste ein solcher versicherungsgemäßer Beitrag in Höhe der durchschnittlichen Ausgaben pro Versicherten bemessen werden, damit die Einnahmen die Ausgaben decken. Als versicherungsfremd sind dann diejenigen Beitragszahlungen zu beurteilen, die über oder unter dem versicherungsgemäßen Beitrag liegen.¹⁷⁰ Das Volumen der versicherungsfremden Einkommensumverteilung in der GKV wird auf Basis des Jahres 2003 auf etwa 24,8 Mrd. Euro geschätzt.¹⁷¹

169 Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Jahresgutachten 2005/2006, Fn 5, Tz. 514 und *F. Breyer et al.*, Reform der sozialen Sicherung, Berlin [u. a.] 2004, S. 81 f.

170 Die Beitragsanteile, die über einem solchen Durchschnittsbeitrag liegen, werden auch als *implizite Steuer* bezeichnet. Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Jahresgutachten 2005/2006, Fn 5, Tz. 517 sowie *M. Gasche*, Implizite Besteuerung im Deutschen Sozialversicherungssystem, MEA Discussion Paper 190-2009, Mannheim 2009.

171 Vgl. *S. Moog und B. Raffelhüschen*, Sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 5, S. 10 und S. 50 f. Zur Ermittlung der Einkommensumverteilung siehe auch *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Jahresgutachten 2005/2006, Fn 5, Tz. 515 ff.

Zur Verwirklichung des Äquivalenzprinzips und zum Abbau der versicherungsfremden Einkommensumverteilung auf der Einnahmenseite der GKV wäre es daher folgerichtig und sachgerecht, die Beiträge zur GKV vom Einkommen abzukoppeln und stattdessen einkommensunabhängige Beiträge zu erheben.¹⁷² Bei einer solchen Beitragsgestaltung würde eine Beitrags-Leistungs-Äquivalenz hergestellt, denn dann stünden die einkommensunabhängigen Beiträge und die einkommensunabhängigen Leistungen in einem sachgerechten Verhältnis. Lediglich das einkommensabhängige Krankengeld wäre weiterhin durch einkommensbezogene Beiträge zu finanzieren; es sei denn, es würde durch ein einkommensunabhängiges Krankentagegeld ersetzt.¹⁷³ Um unzumutbare Belastungen der einkommensschwachen Haushalte durch die einkommensunabhängigen Krankenversicherungsbeiträge zu vermeiden, könnte ein aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanzierter Solidarausgleich eingerichtet werden. Die Einkommensumverteilung würde auf diese Weise nicht mehr innerhalb der GKV erfolgen, sondern sachgerecht im Steuer-Transfer-System durchgeführt.¹⁷⁴

Ein solch grundlegender Umbau der Finanzierungsstruktur der GKV erscheint allerdings zumindest kurz- und mittelfristig politisch kaum durchsetzbar. Der Wechsel von der einkommensabhängigen zu einer einkommensunabhängigen Beitragsgestaltung, der in der Vergangenheit von der CDU befürwortet wurde,¹⁷⁵ wurde inzwischen von der CDU in

172 Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.)*, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003, S. 143 ff.; *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Jahresgutachten 2004/05, Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Wiesbaden 2004, Tz. 510 ff.; *E. Knappe und R. Arnold*, Pauschalprämie in der Krankenversicherung, o. O. 2002. Eine Analyse zahlreicher Modelle zur Einführung von einkommensunabhängigen Beiträgen in der GKV findet sich außerdem bei *K. D. Henke, H. Andersen und M. Grabka*, Pauschalprämienmodelle zur Finanzierung des Gesundheitswesens, Berlin 2007.

173 Ein einkommensunabhängiges Krankentagegeld wird bereits in entsprechenden zusätzlichen Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenkassen sowie in der privaten Krankenversicherung gewährt.

174 Vgl. *B. Rürup*, Das Verhältnis von Beitragsfinanzierung und Steuerfinanzierung in der sozialen Sicherung, Darmstadt 2005, S. 27. Vgl. auch *W. Schmähl*, Konzeptionen sozialer Sicherung: Versicherungs- und Steuer-Transfer-System, in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht*, Band 10, S. 251 ff.

175 Vgl. *CDU*, Deutschland fair ändern, Beschluss des 17. Parteitags der CDU Deutschlands 2003.

der Koalition mit CSU und SPD zugunsten des bestehenden Systems mit der Einführung des Gesundheitsfonds aufgegeben. Auch die neue Regierungskoalition aus Union und FDP will an diesem System zunächst festhalten. Gleichwohl plant sie gemäß der Koalitionsvereinbarung langfristig eine teilweise Umstellung des Finanzierungssystems auf einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge bei Beibehaltung der einkommensabhängigen Arbeitgeberbeiträge.¹⁷⁶ Ob es zu einer solchen Umstrukturierung tatsächlich kommt, bleibt jedoch aufgrund umgehender Kritik an dem Vorhaben höchst ungewiss und fraglich.¹⁷⁷

Aus diesem Grund ist damit zu rechnen, dass die bestehende Finanzierungsstruktur der GKV mit einkommensabhängigen Beiträgen auf absehbare Zeit erhalten bleibt. Insoweit besteht ein pragmatischer Ansatz bei der Abgrenzung der versicherungsfremden Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV darin, von der derzeit geltenden einkommensabhängigen Beitragsgestaltung als (noch) gegeben auszugehen. Damit wird jedoch eine gewisse Abkehr vom Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip in der GKV (noch) in Kauf genommen. Der Anspruch für einen Beitragszahler auf die einkommensunabhängigen Leistungen der GKV steht insoweit nicht in einem engen Verhältnis zur Höhe seiner Beitragszahlung, sondern besteht lediglich dem Grunde nach.¹⁷⁸ Zugleich wird mit diesem pragmatischen Ansatz auf die Ausgliederung der Einkommensumverteilung in das Steuer-Transfer-System (noch) verzichtet.

176 Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode, S. 78.

177 Bereits kurze Zeit nach Verkündung der Umstrukturierungspläne regte sich Widerstand nicht nur von den Oppositionsparteien, Gewerkschaften, Sozialverbänden und Krankenkassen, sondern auch von namhaften Politikern aus der Regierungskoalition. Vgl. beispielsweise *P. Thelen*, Zerreißprobe um Gesundheitsreform?, in: Handelsblatt Nr. 206 vom 26.10.2009, S. 5 oder die Aussagen des CSU-Vorsitzenden *Seehofer* im Interview mit dem Spiegel, in: Der Spiegel Nr. 47/2009, S. 24.

178 Vgl. *W. Schmähl*, Änderung der Finanzierungsstruktur der sozialen Sicherung und insbesondere der Sozialversicherung als wichtiges Element eines „Umbaus“ des deutschen Sozialstaats, in: *R. Hauser (Hrsg.)*, Reform des Sozialstaats I, Berlin 1997, S. 132.

5.2 Beitragsfreiheit von mitversicherten Ehegatten und Lebenspartnern

Die geltende Finanzierungsstruktur der GKV verstößt aber auch gegen ein weiteres Kriterium zur Verwirklichung des Versicherungsprinzips, denn bestimmte Versichertengruppen zahlen im bestehenden System für empfangene Leistungen überhaupt keinen Beitrag. So kann der Ehegatte oder Lebenspartner eines Mitglieds der GKV, der über kein regelmäßiges Einkommen verfügt, in der Regel beitragsfrei mitversichert werden.¹⁷⁹ Das bedeutet, dass die mitversicherten Personen Anspruch auf den gesamten Leistungskatalog der GKV ausschließlich des Krankengeldes erhalten, ohne hierfür einen eigenen Beitrag an die GKV entrichten zu müssen. Diese Beitragsfreiheit widerspricht damit dem Versicherungsprinzip, weil eben ein wichtiges Kriterium zur Verwirklichung des Versicherungsprinzips in der GKV nicht erfüllt wird.¹⁸⁰

Zur Rechtfertigung der Begünstigung durch die beitragsfreie Mitversicherung wird eine familien- und sozialpolitisch motivierte Zielsetzung herangezogen, wobei pauschal allen Ehegatten und Lebenspartnern ohne eigenes Einkommen Hilfsbedürftigkeit unterstellt und ein unentgeltlicher Versicherungsschutz zugestanden wird. Eine solche Zielsetzung geht über den Zweck der GKV hinaus und wird als gesamtgesellschaftliches Anliegen betrachtet.¹⁸¹ Auch deshalb ist die Beitragsfreiheit von mitversicherten Ehegatten und Lebenspartnern als *versicherungsfremd* zu charakterisieren.

Das Ausmaß der Beitragsfreiheit von mitversicherten Ehegatten und Lebenspartnern kann nicht auf die gleiche Weise wie der Umfang der Einkommensumverteilung ermittelt werden, da ein einheitlicher Durchschnittsbeitrag bei einer einkommensabhängigen Beitragsgestaltung kein Maßstab für die Quantifizierung sein kann. Zur hilfsweisen Ermittlung des Umfangs der Beitragsfreiheit kann der Mindestbeitrag herangezogen werden, den die freiwilligen Mitglieder der GKV im bestehenden System

179 Zu den weiteren Voraussetzungen der Familienversicherung siehe § 10 SGB V.

180 Siehe Abschnitt 3.1.

181 Vgl. auch *W. Schmähl*, Aufgabenadäquate Finanzierung der Sozialversicherung durch Beiträge und Steuern, ZeS-Arbeitspapier Nr. 5/06, Bremen 2006, S. 18 sowie *K. van der Beek* und *C. Weber*, Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?, Köln 2008, S. 17 ff.

zur Erlangung des Krankenversicherungsschutzes mindestens zahlen müssen. Dieser Mindestbeitrag liegt zurzeit bei 121,79 Euro/Monat.¹⁸² Würde ein solcher Mindestbeitrag auch von den rund 8,83 Mio. beitragsfrei mitversicherten Ehegatten und Lebenspartnern¹⁸³ erhoben werden, könnte die GKV zusätzliche Mehreinnahmen von etwa 12,9 Mrd. Euro jährlich erzielen. Aus dieser Größenordnung wird auch deutlich, dass die beitragsfreie Mitversicherung eine beträchtliche Begünstigung für ihre Nutznießer darstellt.

Eine Finanzierung der versicherungsfremden Beitragsfreiheit aus den allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates ist grundsätzlich nicht gerechtfertigt. Wie bereits oben erwähnt, wird bei der beitragsfreien Mitversicherung pauschal allen Ehegatten und Lebenspartnern ohne eigenes Einkommen Hilfsbedürftigkeit unterstellt und ihnen deshalb ein unentgeltlicher Versicherungsschutz zugestanden. Das gesamte Haushaltseinkommen der Ehegemeinschaft oder Lebenspartnerschaft, das als Indikator für ihre Leistungsfähigkeit herangezogen werden kann, bleibt bei dieser Unterstellung unberücksichtigt. Die Gewährung einer staatlich finanzierten Fürsorgeleistung ohne eine genaue Bedürftigkeitsprüfung ist jedoch nicht zielführend und widerspricht zudem dem für die Soziale Marktwirtschaft maßgeblichen Subsidiaritätsprinzip. Wird nämlich allen Ehegatten und Lebenspartnern ohne regelmäßiges Einkommen pauschal Hilfsbedürftigkeit unterstellt, kommen auch solche Haushaltsgemeinschaften in den Genuss eines unentgeltlichen Krankenversicherungsschutzes, deren Haushaltseinkommen relativ hoch ist, weshalb sie aufgrund ihrer ausreichenden Leistungsfähigkeit auf Fürsorgeleistungen des Staates gar nicht angewiesen sind. In Anlehnung an das Subsidiaritätsprinzip sollten staatliche Transferleistungen deshalb nur dann gewährt werden, wenn die Eigenmittel der Ehegemeinschaften und Lebenspartnerschaften nicht ausreichen, um die Kosten eines Krankenversicherungsschutzes selbst zu tragen.

Da eine uneingeschränkte Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates nicht gerechtfertigt erscheint, wäre ein Abbau dieser

182 Siehe auch unten S. 71 f.

183 Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit*, Daten des Gesundheitswesens 2009, Berlin 2009, Tabelle 8.14.

versicherungsfremden Komponente auf der Einnahmenseite der GKV zu prüfen. Zur Stärkung des Versicherungsprinzips in der GKV könnte in Erwägung gezogen werden, eine systemadäquate und versicherungsgemäße Beitragsgestaltung für die beitragsfrei gestellten Ehegatten und Lebenspartner einzuführen. Hierfür kämen grundsätzlich zwei Optionen in Frage.

Als eine Option zum Abbau der versicherungsfremden Beitragsfreiheit wird gelegentlich die Einführung eines *Ehegattensplittings* in der GKV vorgeschlagen,¹⁸⁴ das in Anlehnung an das Ehegattensplitting im Einkommensteuerrecht ausgestaltet werden könnte.¹⁸⁵ Danach würde das beitragspflichtige Arbeitseinkommen eines Ehepaars oder einer Lebenspartnerschaft addiert und anschließend zu gleichen Teilen den beiden Ehegatten oder Lebenspartnern zugerechnet. Auf Grundlage dieser beiden gleich hohen Anteile müssten die beiden Versicherten dann jeweils einen Beitrag an die GKV entrichten.

Mit einem solchen Ehegattensplitting könnte jedoch nur ein partieller Abbau der versicherungsfremden Beitragsfreiheit erreicht werden. Das Ziel, eigene Beiträge von den bisher beitragsfrei versicherten Ehegatten und Lebenspartnern zu erheben und auf diese Weise das Versicherungsprinzip zu stärken, würde verfehlt. Im Vergleich zum Status quo würde nämlich nur für solche Versichertenpaare eine Veränderung bei der Beitragszahlung entstehen, bei denen ein Partner ein beitragspflichtiges Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze erzielt. Diese Versichertenpaare müssten bei einer gemeinsamen Veranlagung Beiträge auf bisher beitragsfrei gestelltes Einkommen entrichten. Dagegen würde bei Einverdienerehepaaren mit einem beitragspflichtigen Einkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze die Beitragsfreiheit nur theoretisch aufgehoben. Zwar würden beide Partner einen Beitrag zahlen, faktisch bliebe es bei derselben Beitragsbelastung wie im bestehenden System, weil der Beitrag auf das in der Summe gleiche Einkommen erhoben würde.

184 Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Sondergutachten 1995, Fn 6, Tz. 575 ff. sowie *H. Dräther und H. Rothgang*, Die Familienversicherung für Ehepaare in der Gesetzlichen Krankenversicherung, ZeS-Arbeitspapier Nr. 9/2004, Bremen 2004, S. 14 ff.

185 Zum Ehegattensplitting im Einkommensteuerrecht siehe zuletzt *Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler*, Familienbesteuerung und Splitting, Schriftenreihe, Heft Nr. 101, Berlin 2007.

Darüber hinaus sprechen auch andere Gründe gegen die Einführung eines Ehegattensplittings, insbesondere wenn es auf alle Versicherten in der GKV und nicht nur für die Ehepaare mit einem beitragsfrei versicherten Partner gelten sollte.¹⁸⁶ Vor allem erscheint die praktische Umsetzung zu erheblichen Schwierigkeiten zu führen.¹⁸⁷

Eine andere Möglichkeit zum Abbau der versicherungsfremden Beitragsfreiheit könnte darin bestehen, von den bisher beitragsfrei mitversicherten Ehegatten und Lebenspartnern einen eigenen Mindestbeitrag zu erheben.¹⁸⁸ Eine solche Lösung würde im Unterschied zum Ehegattensplitting dazu führen, dass die Begünstigung durch die versicherungsfremde Beitragsfreiheit auch faktisch für alle Versicherten abgebaut werden könnte. Ein separater Mindestbeitrag würde zudem zur Stärkung des Versicherungsprinzips in der GKV beitragen, indem dann nur noch Leistungen an Personen gewährt würden, die selbst Beiträge an die GKV entrichten.

Bei Verwirklichung dieser Option wäre zu entscheiden, wie hoch ein solcher Mindestbeitrag sein soll. Seine Höhe ist nicht eindeutig herzuleiten und wäre im politischen Willensbildungsprozess festzulegen. Zur Festsetzung des Mindestbeitrags bestünde im existierenden Finanzierungssystem in der *monatlichen Bezugsgröße* ein Anknüpfungspunkt.¹⁸⁹ Sie könnte als Beitragsbemessungsgrundlage bei der Berechnung zugrunde gelegt werden. Die monatliche Bezugsgröße wird bereits zur Bemessung des Mindestbeitrags für freiwillige Mitglieder der GKV verwendet.¹⁹⁰ Für diesen Personenkreis gilt ein Drittel der Bezugsgröße als Beitragsbemessungsgrundlage. Bei einem derzeit geltenden ermäßigten Beitragsatz für Versicherte ohne Krankengeldanspruch¹⁹¹ von 14,3 % ergibt sich

186 Zur Kritik am Beitragssplitting in der GKV siehe insbesondere *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/03, Stuttgart 2002, Tz. 514.

187 Beispielsweise wäre es nicht mehr ohne Weiteres möglich, die Beiträge von abhängig beschäftigten Versicherten im derzeit praktizierten Quellenabzugsverfahren durch den Arbeitgeber abzuführen, denn dieser müsste zusätzliche Informationen über das Einkommen des anderen, nicht bei ihm beschäftigten, Ehegatten oder Lebenspartners haben.

188 Vgl. bspw. *S. Busch, A. Pfaff und C. Rindsfüßer*, Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf 1996, S. 63 ff.

189 Die monatliche Bezugsgröße beträgt aktuell 2.555 Euro. Vgl. auch § 18 SGB IV.

190 Vgl. § 240 Abs. 4 SGB V.

191 Vgl. § 243 SGB V.

daraus ein monatlicher Beitrag von 121,79 Euro. Auch zur Bemessung der Beiträge für Grundsicherungsempfänger wird die monatliche Bezugsgröße zugrunde gelegt.¹⁹² Hier gilt der 0,345fache Wert als Bemessungsgrundlage, jedoch wird bei der Berechnung lediglich ein Beitragsatz von 14 % verwendet. Daraus ergibt sich ein monatlicher Beitrag von 123,41 Euro. Da diese beiden Beiträge relativ hoch erscheinen und ihre Umsetzung in Politik und Gesellschaft auf Widerstand stoßen könnte, wäre in Erwägung zu ziehen, einen geringeren Teil der monatlichen Bezugsgröße als Beitragsbemessungsgrundlage festzulegen. Beispielsweise könnte ein Fünftel oder ein Zehntel der Rechengröße als Beitragsbemessungsgrundlage zugrunde gelegt werden. Bei einem ermäßigten Beitragsatz von 14,3 % ergäben sich dann Beiträge von 73,07 Euro/Monat bzw. 36,54 Euro/Monat.

Durch die Einführung eines Mindestbeitrags für die zurzeit beitragsfrei mitversicherten Ehegatten und Lebenspartner würde das Versicherungsprinzip in der GKV gestärkt und die beträchtliche Begünstigung für diese Personengruppe zumindest teilweise abgebaut. Zugleich würde das Beitragsaufkommen entsprechend ansteigen. Abhängig von der festgelegten Höhe des Mindestbeitrags würde die GKV Mehreinnahmen von schätzungsweise 3,87 bis 13,08 Mrd. Euro erzielen können. *Tabelle 2* stellt die oben genannten Varianten dar.

Gleichwohl könnte die Zahlung eines solchen Mindestbeitrags Haushaltsgemeinschaften mit einem relativ geringen Haushaltseinkommen finanziell überfordern. In derartigen Fällen, in denen die Eigenmittel zur Finanzierung des Mindestbeitrags nicht ausreichen, wäre den betroffenen Haushaltsgemeinschaften ein aus allgemeinen Bundesmitteln finanzierter Zuschuss zu gewähren. Beispielsweise könnten die Betroffenen einen Anspruch auf ergänzende Grundsicherungsleistungen erhalten, so dass die Bezuschussung in das bestehende Grundsicherungssystem integriert würde. Der Umfang des Mittelbedarfs zur Finanzierung solcher Zuschüsse ist maßgeblich abhängig von der endgültigen Höhe des Mindestbeitrags.

192 Vgl. § 232a Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Tabelle 2: Mögliche Mindestbeiträge für bisher beitragsfrei mitversicherte Personen

Bemessungsgrundlage für Mindestbeitrag	Höhe des Mindestbeitrags (Euro/Monat) ¹	Mehreinnahmen der GKV in Mrd. Euro
0,345fache der monatliche Bezugsgröße (Beitrag für Grundsicherungsempfänger) ²	123,41	13,08
1/3 der monatlichen Bezugsgröße (Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte)	121,79	12,91
1/5 der monatlichen Bezugsgröße	73,07	7,75
1/10 der monatlichen Bezugsgröße	36,54	3,87
1 Bei einem ermäßigten Beitragssatz für Versicherte ohne Krankengeldanspruch von derzeit 14,3 %.		
2 Für Grundsicherungsempfänger gilt ein Beitragssatz von 14 %.		

Quelle: eigene Berechnungen.

5.3 Beitragsfreiheit bei Bezug von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld

Neben den Ehegatten und Lebenspartnern wird auch eine weitere Versichertengruppe durch die beitragsfreie Mitversicherung in der GKV begünstigt. Dabei handelt es sich um Versicherte der GKV, die Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld beziehen. Sie sind beitragsfrei versichert, sofern sie darüber hinaus keine anderen beitragspflichtigen Einkommen erzielen.¹⁹³ Obwohl diese Versichertengruppe im Bezugszeitraum keine Beiträge an die GKV entrichten muss, erhält sie den regulären Zugang zum gesamten Leistungskatalog der GKV ausschließlich des Krankengeldes.

Diese Regelung ist genauso zu bewerten wie die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern.¹⁹⁴ So wird das Versicherungsprinzip verletzt, weil Leistungen an Personen gewährt werden, die dafür keine Beiträge an die GKV entrichten. Ebenfalls liegt dieser Rege-

¹⁹³ Vgl. § 224 SGB V. Die Beitragsfreiheit gilt jedoch nicht für alle GKV-Versicherten. Bestimmte freiwillig versicherte Personen müssen nämlich auch während des Bezugs der genannten Leistungen Beiträge an die GKV entrichten, auch wenn sie keine anderen beitragspflichtigen Einkommen erzielen.

¹⁹⁴ Siehe Abschnitt 5.2.

lung eine sozial- und familienpolitisch motivierte Zielsetzung zugrunde, die dem Zweck der GKV fremd ist. Im Ergebnis handelt es sich also auch bei der Begünstigung durch die Beitragsfreiheit von Beziehern von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld um eine versicherungsfremde Komponente auf der Einnahmenseite der GKV.¹⁹⁵ Das Volumen dieser versicherungsfremden Begünstigung wird für das Jahr 2007 mit 1,45 Mrd. Euro veranschlagt.¹⁹⁶

Gegen eine uneingeschränkte Finanzierung dieser versicherungsfremden Komponente aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates sprechen die bereits im vorherigen Abschnitt genannten Gründe.¹⁹⁷ Daher wäre ein Abbau der beitragsfreien Mitversicherung zu prüfen. Zum Abbau dieser versicherungsfremden Komponente könnte genauso vorgegangen werden, wie dies bereits bei der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern skizziert worden ist. Es könnte also ein Mindestbeitrag für die bisher beitragsfrei versicherten Bezieher von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld in Erwägung gezogen werden, dessen Höhe nach demselben Verfahren festgelegt werden könnte. Um mögliche Überbelastungen von Versicherten mit einem relativ geringen Einkommen zu vermeiden, könnten im Bedürftigkeitsfall ergänzende Grundsicherungsleistungen gewährt werden.¹⁹⁸

Durch die Erhebung eines Mindestbeitrags von dieser bisher begünstigten Versichertengruppe würden das Versicherungsprinzip in der GKV gestärkt und das Beitragsaufkommen entsprechend erhöht. Da dem Institut allerdings keine näheren Angaben zur Anzahl der bisher beitragsfrei versicherten Bezieher von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld vorliegen, kann eine Schätzung zu den möglichen Mehreinnahmen der GKV nicht vorgenommen werden.

195 Vgl. *F. Beske und J. Hübener*, Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 92, S. 50 ff. sowie *Bundesregierung*, Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Stand 9. Mai 2003, S. 366.

196 Vgl. *Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend*, Familienbezogene Leistungen und Maßnahmen des Staates im Jahr 2007.

197 Siehe Abschnitt 5.2., S. 69.

198 Siehe Abschnitt 5.2.

5.4 Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern ist nicht versicherungsfremd!

In der GKV können auch Kinder beitragsfrei mitversichert werden, sofern diese vor allem kein regelmäßiges Einkommen haben.¹⁹⁹ In Bezug auf die beitragsfrei mitversicherten Kinder gilt dasselbe wie für die zuvor genannten beitragsfrei versicherten Personengruppen: sie erhalten einen Anspruch auf die Leistungen der GKV ausschließlich des Krankengeldes, ohne dass für sie ein eigener Beitrag gezahlt wurde.

Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern wird häufig zu den *versicherungsfremden* Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV gezählt.²⁰⁰ Nach Ansicht des Instituts ist dieser Einstufung jedoch nicht zu folgen, denn wie im Weiteren begründet wird, handelt es sich bei der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern um eine *versicherungsgemäße* Leistung der GKV.²⁰¹

Die GKV finanziert sich genauso wie alle anderen Sozialversicherungszweige nach dem Umlageverfahren. Das typische Merkmal eines Umlageverfahrens ist die unmittelbare Verwendung der Einzahlungen der Beitragszahler zur Finanzierung der durch Leistungsempfänger verursachten Ausgaben, ohne dass ein Kapitalstock als Finanzierungsrücklage aufgebaut wird. Die Einnahmen müssen innerhalb einer Rechnungsperiode somit stets den Ausgaben entsprechen.

Die Gesundheits- bzw. Krankenversicherungsleistungen werden mit fortschreitendem Alter verstärkt in Anspruch genommen. Je höher der Anteil älterer Menschen an der Versichertengemeinschaft ist, desto höher

199 Zu den weiteren Voraussetzungen der Familienversicherung vgl. § 10 SGB V.

200 Vgl. bspw. *F. Beske, M. Thiede und J. F. Hallauer*, Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Fremdleistungen, Fn 98, S. 64; *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Jahresgutachten 2005/2006, Fn 5, Tabelle 34 sowie *S. Moog und B. Raffelhüschen*, Sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Fn 5. Auch die *Bundesregierung* sieht die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe an (vgl. *Fraktionen der CDU/CSU und SPD*, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Fn 71, S. 92 und S. 181).

201 So auch *J. Eekhoff*, Verzicht auf Zuschüsse zur Krankenversicherung, in: Handelsblatt Nr. 2 vom 05.01.2010, S. 11.

her fallen die Ausgaben der GKV aus.²⁰² Um diesen alterungsbedingten Ausgabenanstieg finanzieren zu können, müssten bei einer konstanten Anzahl von Beitragszahlern und sonst gleichbleibenden Bedingungen die Beiträge zur GKV angehoben werden. Die Finanzierung der Ausgaben kann in einem Umlagesystem jedoch nicht nur über die Veränderung des Preises bzw. Beitrags erfolgen; sie kann auch dadurch sichergestellt werden, dass sich die Anzahl und Zusammensetzung der Beitragszahler ändert und mehr (jüngere) Beitragszahler mit geringeren Krankheitskosten in das System einzahlen. Der Zustrom von neuen und künftigen Generationen von Beitragszahlern ist daher als ein Äquivalent zu einer Beitragserhöhung zu sehen. Damit die Beitragszahler durch zu hohe Beiträge nicht unzumutbar belastet werden und das Umlagesystem, in dem alterungsabhängige Leistungen finanziert werden, langfristig finanzierbar und tragfähig bleibt, ist es auf den Zugang von neuen Beitragszahlergenerationen angewiesen.

Aus diesem Grund ist das Aufziehen von Kindern, die als künftige Beitragszahler das GKV-System mitfinanzieren, für die Nachhaltigkeit eines Umlagesystems von entscheidender Bedeutung. Es ist als ein besonderer Finanzierungsbeitrag der kindererziehenden Versicherten anzusehen.²⁰³ Die Versicherten mit Kindern erbringen durch Aufziehen, Betreuung und Erziehung der Kinder einen wichtigen Beitrag zur dauerhaften Tragfähigkeit des Umlageverfahrens, der in Abgrenzung zu den monetären Finanzierungsbeiträgen als ein *generativer Beitrag* bezeichnet werden kann. Sie sorgen nämlich mit ihrem Nachwuchs dafür, dass jeweils eine neue Beitragszahlergeneration die erhöhten Krankenversicherungsleistungen für die älteren Generationen maßgeblich mitfinanziert.

202 Vgl. F. Breyer, P. Zweifel und M. Kifmann, Gesundheitsökonomik, Fn 9, S. 523 ff.; A. Kruse et al., Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten?, Heidelberg 2003 sowie K.-D. Henke und L. Reimers, Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, in: V. Ulrich und W. Ried (Hrsg.), Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, Baden-Baden 2007, S. 735 ff.

203 Vgl. M. Werding, Umlagefinanzierung als Humankapitaldeckung: Grundrisse eines erneuerten „Generationenvertrags“, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Band 218, S. 491 ff. Vgl. auch W. Schreiber, Existenzsicherheit in der industriellen Gesellschaft, Schriftenreihe des Bundes katholischer Unternehmer, Köln 1955, S. 34 f.

Von diesen zusätzlichen Beiträgen der Kindererziehenden profitiert schließlich die gesamte Versichertengemeinschaft, indem die Finanzierung der GKV auf mehrere Schultern verlagert wird.²⁰⁴ Folglich fällt die monetäre Beitragszahlung für den einzelnen Versicherten geringer aus, als es bei einer älteren Gemeinschaft von Beitragszahlern der Fall wäre. Daher ist es sachgerecht und gemäß dem Äquivalenzprinzip auch folgerichtig, den kindererziehenden Versicherten für ihren zusätzlichen generativen Beitrag zum Umlageverfahren auch eine entsprechende Gegenleistung innerhalb der GKV zu gewähren.²⁰⁵

Sinngemäß argumentiert auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG). In seinem Urteil aus dem Jahr 2001 zur Sozialen Pflegeversicherung hat das BVerfG der Kindererziehung eine konstitutive Bedeutung für die Funktionsfähigkeit einer nach dem Umlageverfahren finanzierten Sozialversicherung zugesprochen, sofern die Leistungen der Sozialversicherung mit fortschreitendem Alter verstärkt in Anspruch genommen werden. Das BVerfG entschied daher, dass die Belastung der kindererziehenden und der kinderlosen Versicherten mit dem gleichen Beitrag gegen das Grundgesetz verstößt und forderte deshalb den Gesetzgeber insbesondere für die Soziale Pflegeversicherung auf, kindererziehende Versicherte gegenüber den kinderlosen Versicherten besser zu stellen. Darüber hinaus hat es empfohlen, seine Entscheidung auch im Hinblick auf eventuell notwendige Änderungen in den anderen Sozialversicherungszweigen zu prüfen.²⁰⁶

In der GKV kann die Gegenleistung für den generativen Beitrag, den Versicherte mit Kindern zum Umlagesystem erbringen, in der derzeit praktizierten beitragsfreien Mitversicherung der Kinder gesehen werden. Gemäß dem Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip wäre es zwar grundsätzlich sachgerecht auch von den kindererziehenden Versicherten einen Beitrag für ihre in der GKV versicherten Kinder einzufordern, da auch

204 Vgl. auch *P. Krause*, Fremdlasten in der Sozialversicherung, Fn 44, S. 148.

205 Vgl. auch *J. Eekhoff und B. Henman*, Familiengeld und Kindergeld als Instrumente der Familienförderung, in: *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 51. Jahrgang, Heft 3/2002, S. 283 f.

206 Vgl. *BVerfG*, 1 BvR 1629/94 vom 3.4.2001. Siehe auch *Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler*, Bundesverfassungsgerichtsurteil zur Sozialen Pflegeversicherung und mögliche Auswirkungen auf andere Sozialversicherungszweige, Rundschreiben Nr. 6/2001, Wiesbaden 2001.

diese einen Anspruch auf die regulären Leistungen der GKV haben. Mit einem Verzicht auf die Erhebung von Beiträgen für Kinder wird jedoch den kindererziehenden Versicherten eine Gegenleistung für ihren generativen Beitrag zum Umlageverfahren gewährt. Durch diese Beitragsermäßigung wird ihr spezieller Finanzierungsbeitrag in grob pauschalierter Weise ausgeglichen und damit auch die Vorgabe des BVerfG hinreichend umgesetzt. In diesem Zusammenhang kann die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder somit als eine versicherungsgemäße Leistung der GKV angesehen werden, weil ihr eben der generative Beitrag der Eltern gegenübersteht.

Da es sich bei der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern um eine versicherungsgemäße und keine versicherungsfremde Komponente auf der Einnahmenseite der GKV handelt, ist das Vorgehen der Bundesregierung abzulehnen, allgemeine Haushaltsmittel des Bundes zur Finanzierung dieser Beitragsfreiheit einzusetzen.²⁰⁷ Der allgemeine Bundeszuschuss zur GKV soll hierzu in den kommenden Jahren auf insgesamt 14 Mrd. Euro steigen.²⁰⁸ Auf diese Weise würden aber Personen außerhalb der Versichertengemeinschaft zur Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern herangezogen werden. Wie jedoch oben erläutert wurde, profitiert die gesamte Versichertengemeinschaft der GKV von der Kindererziehung. Deshalb ist es sachgerecht, die wegen der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern verursachten Mindererinnahmen innerhalb der Versichertengemeinschaft durch den Einsatz von Beitragsmitteln der GKV anstatt mit allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates auszugleichen.

207 Vgl. *Fractionen der CDU/CSU und SPD*, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Fn 71, S. 92 und S. 181.

208 Siehe Abschnitt 6.1.

6. Schlussfolgerungen und finanzpolitische Handlungsoptionen

6.1 Reduzierung statt Ausweitung des Bundeszuschusses

6.1.1 Sachgerechte Bemessung des Bundeszuschusses

Die vorhergehende Analyse der Ausgabenseite der GKV hat gezeigt, dass der Leistungskatalog der GKV zurzeit bezifferte versicherungsfremde Leistungen im Umfang von 3,85 Mrd. Euro enthält. Durch deren Abbau bzw. die Übertragung der Finanzierungszuständigkeit für bestimmte Leistungen auf andere Sozialversicherungsträger kann davon ein quantifizierter Betrag von 212 Mio. Euro in der GKV eingespart werden. Die verbleibenden 3,64 Mrd. Euro sollten sachgerecht nicht aus Beitragsmitteln der Versichertengemeinschaft, sondern aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden.²⁰⁹

Die Zuweisung von allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates an die GKV erfolgt derzeit über einen Bundeszuschuss. Damit der Bundeszuschuss seine sachgemäße Aufgabe erfüllen kann, die versicherungsfremden Leistungen zu finanzieren,²¹⁰ sollte er auch dafür verwendet und nach dem Umfang der Ausgaben der GKV für versicherungsfremde Leistungen bemessen werden. Eine solche Zweckbindung ist bereits gesetzlich verankert. Nach der gesetzlichen Vorgabe erhält nämlich die GKV einen Bundeszuschuss zur „pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“.²¹¹ Diese Zweckbindung ist grundsätzlich sachgerecht, denn dadurch wird sichergestellt, dass der Bund sich an der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen der GKV beteiligt.²¹² Die geltende gesetzliche Vorgabe ist allerdings nicht hinreichend. Denn zum einen wird lediglich von einer „pauschalen Abgeltung“ gesprochen, was zur Folge hat, dass der Bundeszuschuss nicht genau den Ausgaben der GKV für versicherungsfrem-

209 Siehe Abschnitt 4.6.

210 Siehe auch Abschnitt 2.2.

211 Vgl. § 221 Abs. 1 SGB V. Siehe auch Abbildung 2 auf S. 11.

212 Siehe auch Abschnitt 2.2.

de Leistungen entspricht. Zum anderen fehlt im Gesetz bisher eine Definition des Begriffs der versicherungsfremden Leistungen.

Diese Mängel erfordern, dass die geltende gesetzliche Regelung an die Anforderungen einer sachgerechten Finanzierung der GKV angepasst wird. Dementsprechend wäre § 221 Abs. 1 SGB V zu ändern. Beispielsweise könnte die neue Fassung wie folgt lauten: „*Der Bund leistet zur Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen einen Zuschuss im Gesamtwert dieser Aufwendungen. Der Gesamtwert der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen ist jährlich von einem unabhängigen Sachverständigenrat zu ermitteln.*“ Zudem ist es erforderlich, den Begriff der versicherungsfremden Leistungen in der GKV zu definieren. Dies sollte entweder in einem separaten Absatz des § 221 oder in einem neuen Paragraphen erfolgen, wobei die obige Abgrenzung bzw. die aufgestellten Kriterien des Instituts²¹³ herangezogen werden könnten.²¹⁴

Bei einer strikten Zweckbindung des Bundeszuschusses an den Umfang der versicherungsfremden Leistungen würde ein Bundeszuschuss von derzeit mindestens 3,64 Mrd. Euro²¹⁵ ausreichend sein, um seine sachgemäße Aufgabe erfüllen zu können. Der Bundeszuschuss beträgt jedoch im Jahr 2010 ohne die Berücksichtigung des zusätzlichen Zuschusses zum Ausgleich krisenbedingter Mindereinnahmen 11,8 Mrd. Euro und soll in den darauf folgenden Jahren auf einen Zielwert von 14 Mrd. Euro erhöht werden.²¹⁶ Damit ist er im Jahr 2010 um bis zu 8,16 Mrd. Euro zu hoch bemessen. Bei der geplanten Erhöhung auf 14 Mrd. Euro im Jahr 2012 wird diese Überdeckung voraussichtlich sogar auf bis zu 10,36 Mrd. Euro steigen. Eine sachgerechte Finanzierung der Leistungen der GKV ist daher zurzeit nicht gegeben.

Um aber eine sachgerechte Finanzierungsstruktur der GKV herzustellen, wäre der Bundeszuschuss folglich auf den Betrag von mindestens 3,64

213 Siehe Abschnitt 3.1.

214 Zu diesem Vorschlag siehe bereits *Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler*, Hohes Entlastungspotenzial in der Arbeitslosenversicherung, Fn 26, S. 82 f.

215 Diese Höhe ist als ein Mindestbetrag zu verstehen, da mangels amtlicher Zahlen noch nicht alle versicherungsfremden Leistungen quantifiziert werden können.

216 Vgl. § 221 Abs. 1 SGB V.

Mrd. Euro zu reduzieren. Dadurch könnte der Bundeshaushalt im Jahr 2010 um bis zu 8,16 Mrd. Euro entlastet werden. Diese Einsparungen im Bundeshaushalt wären in erster Linie für notwendige Entlastungen der Steuerzahler bei der Einkommensteuer und für die erforderliche Rückführung der Nettokreditaufnahme mit zu verwenden. Ein geringer Teil der frei werdenden Mittel wäre zudem für mögliche Beitragszuschüsse an Haushalte mit geringen Einkommen zur Finanzierung von Mindestbeiträgen für bisher beitragsfrei Mitversicherte einzuplanen.²¹⁷

Auf der anderen Seite entstünden der GKV infolge einer Kürzung des Bundeszuschusses in Höhe von bis zu 8,16 Mrd. Euro entsprechende Mindereinnahmen. Diese Mindereinnahmen könnten zumindest teilweise ausgeglichen werden, wenn die Einführung von eigenen Beiträgen für die bisher beitragsfrei mitversicherten Ehegatten und Lebenspartner sowie Bezieher von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld verwirklicht würde.²¹⁸ Darüber hinaus sind zur Gegenfinanzierung bestehende Einsparpotenziale auf der Ausgabenseite der GKV auszuschöpfen.²¹⁹ Diese Einsparmöglichkeiten sind ohnehin zu verwirklichen, um Entlastungen für alle Beitragszahler der GKV herbeizuführen.

6.1.2 Mangelnde Begründungen und Nachteile eines überhöhten Bundeszuschusses

Es liegt im Wesen eines nach dem Umlageverfahren konzipierten Finanzierungssystems mit einkommensbezogenen Beiträgen, dass die Einnahmen von der konjunkturellen Entwicklung der Volkswirtschaft und insbesondere der Beschäftigungsentwicklung maßgeblich beeinflusst werden. In konjunkturellen Schwächephasen führt diese Abhängigkeit zu konjunkturbedingten Mindereinnahmen in der GKV. Um diese Mindereinnahmen auszugleichen, müsste bei einem gegebenem Ausgabenvolumen der Beitragssatz zur GKV erhöht werden. Beitragssatzerhöhungen haben aber grundsätzlich negative Auswirkungen auf Produktion und Beschäftigung. In einer konjunkturellen Schwächephase würde eine

217 Siehe Abschnitt 5.2., S. 72.

218 Siehe Abschnitt 5.2, 5.3 und 6.2.

219 Zu Einsparmöglichkeiten in der GKV siehe etwa *B. Augurzky et al.*, Effizienzreserven im Gesundheitswesen, RWI-Materialien, Heft 49, Essen 2009.

Beitragssatzerhöhung prozyklisch wirken und den negativen Trend der Wirtschafts- und Beschäftigungsentwicklung zusätzlich verschärfen. Dies gilt es möglichst zu vermeiden.

Um den allgemeinen Beitragssatz zur GKV stabil zu halten, plant die Bundesregierung, zusätzliche Haushaltsmittel des Bundes zum Ausgleich der konjunkturbedingten Mindereinnahmen einzusetzen. Hierbei soll der zum Jahr 2010 bereits ohnehin auf 11,8 Mrd. Euro erhöhte Bundeszuschuss mit einem zusätzlichen Betrag in Höhe von 3,9 Mrd. Euro aufgestockt werden. Der gesamte Bundeszuschuss würde sich im Jahr 2010 somit auf 15,7 Mrd. Euro belaufen.²²⁰

Ein Anspruch der GKV auf Bundesmittel zur Deckung vorübergehender Defizite kann grundsätzlich nicht aus dem Sozialstaatsprinzip gemäß Art. 20 Abs. 1 GG abgeleitet werden. Zwar weist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts²²¹ darauf hin, dass der Bund nicht bereits bei vorübergehenden Finanzierungsschwierigkeiten der Sozialversicherung mit seinen Finanzmitteln aushelfen muss, sondern erst dann, wenn die Gewährung einer krankenversicherungsrechtlichen Grundsicherung existenziell bedroht ist.²²² Dies ist allerdings nicht als eine Garantie für die Existenz des bestehenden Sozialversicherungssystems zu sehen. Aus dem Sozialstaatsprinzip kann lediglich eine Mindestgarantie sozialstaatlicher Leistungen abgeleitet werden, nicht jedoch eine Bestandsgarantie für ein bestimmtes Finanzierungssystem bzw. eine bestimmte Organisationsform.²²³

Dennoch steht es dem Bund frei, durch den Einsatz seiner Haushaltsmittel das bestehende GKV-System mitzufinanzieren, insbesondere in einer finanziellen Krisensituation. Ein Ausgleich der konjunkturbedingten Mindereinnahmen der GKV mit zusätzlichen allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates ist nach Ansicht des Instituts jedoch grundsätzlich abzulehnen.

220 Siehe auch Abschnitt 2.2.

221 Vgl. BSGE 47, 148, 153 ff.

222 Vgl. H. Butzer, Fremdlasten in der Sozialversicherung, Tübingen 2001, S. 310.

223 Vgl. S. Muckel, Kommentar zum Art. 120 Abs. 1 GG, Rdnr. 41, in: C. Stark (Hrsg.), Das Bonner Grundgesetz, Band 3, München 2001.

Defizitausgleich durch Schwankungsreserve statt durch zusätzliche Bundesmittel ermöglichen

Abzulehnen ist vor allem eine Finanzierung der konjunkturbedingten Mindereinnahmen mit einem nicht rückzahlbaren Bundeszuschuss. Würden die konjunkturbedingten Mindereinnahmen jeweils durch einen Bundeszuschuss ausgeglichen, so müssten konsequenterweise auch konjunkturbedingte Überschüsse der GKV an den Bund ausgezahlt werden. Andernfalls würde der Bund bzw. die Gemeinschaft der Steuerzahler zwar die Verluste der GKV tragen, die Überschüsse würden jedoch in der Versicherungsgemeinschaft verbleiben. Dadurch würde die Versicherungsgemeinschaft gegenüber der Gemeinschaft der Steuerzahler privilegiert. Wenn der Bund aber sowohl Defizite ausgleicht als auch Überschüsse der GKV abschöpft, hätte der Bundeszuschuss den Charakter eines rückzahlbaren Darlehens.

Bei einer Defizitfinanzierung durch den Bund ist zu beachten, dass zwar die Defizite der GKV ausgeglichen werden können, jedoch entstünden im Bundeshaushalt Mehrausgaben in gleicher Höhe. Der Ausgleich dieser Mehrausgaben dürfte keinesfalls über Steuererhöhungen erfolgen, denn von jenen würden die gleichen nachteiligen Wirkungen ausgehen, die einer Erhöhung des Beitragssatzes zur GKV zuzurechnen sind.²²⁴ Auch ist eine Kreditaufnahme zur Finanzierung der Mehrausgaben abzulehnen, weil die Staatsverschuldung bereits zu hoch ist und die Kreditfinanzierung letztlich auch zu Steuererhöhungen zu führen droht. Statt einer Ausweitung der Kreditfinanzierung ist die staatliche Neuverschuldung eng zu begrenzen und die Gesamtverschuldung zurückzuführen.²²⁵ Zudem sind einer Kreditfinanzierung durch die grundgesetzlichen Vorgaben der neuen Verschuldungsregel ohnehin in Zukunft enge Grenzen gesetzt.²²⁶ Blicke letztlich nur die Option von Ausgabensenkungen im Bundeshaushalt, die im Vergleich zu den zuvor genannten Finanzierungsalternativen weitaus weniger wachstumsschädlich sind. Dabei ist jedoch zu beach-

224 Siehe oben S. 81.

225 Siehe *Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler*, Staatsverschuldung und öffentliche Investitionen, Heft Nr. 99 der Schriftenreihe, Berlin 2006.

226 Siehe *Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler*, Schuldenverbot für Bund und Länder, Sonderinformation Nr. 58, Berlin 2009.

ten, dass Ausgabensenkungen auf politische Widerstände stoßen und vor allem kaum kurzfristig realisiert werden können, so dass dieser Weg letztlich zu einer zumindest vorübergehenden Kreditaufnahme führen würde.

Anstatt einer Defizitfinanzierung durch den Bund ist ein Ausgleich von konjunkturbedingten Mindereinnahmen im bestehenden GKV-System selbst anzustreben. Um prozyklische Änderungen des allgemeinen Beitragssatzes zur GKV zu vermeiden, sollte ein Ausgleich der Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds über den Konjunkturzyklus hinweg sichergestellt werden, so dass in konjunkturell guten Phasen Überschüsse erzielt werden, die in konjunkturell schwachen Phasen zum Ausgleich der anfallenden Defizite eingesetzt werden können. Hierzu empfiehlt es sich, eine angemessene Schwankungsreserve für den Gesundheitsfonds anzulegen. Die Bildung einer Rücklage wird vom Gesetzgeber bereits angestrebt. So soll ab dem Jahr 2009 eine Liquiditätsreserve in vier Schritten gebildet werden, die mindestens 20 % einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds betragen und zur Deckung der Einnahmeschwankungen beim Gesundheitsfonds dienen soll.²²⁷ Bis zum Jahr 2012 soll die Liquiditätsreserve eine Höhe von 3,2 Mrd. Euro erreichen. Darüber hinaus sollen auch die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen Rücklagen bilden, die ihre Leistungsfähigkeit sicherstellen und eine Erhöhung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge vermeiden sollen. Die Höhe dieser kasseneigenen Rücklagen ist auf jeweils $\frac{1}{4}$ bis eine volle Monatsausgabe der jeweiligen Krankenkasse festgelegt.²²⁸ Sie werden derzeit auf insgesamt etwa fünf Mrd. Euro geschätzt.

Keine aktuelle Notwendigkeit für einen zusätzlichen Bundeszuschuss

Da der Gesundheitsfonds noch über keine ausreichend hohe Liquiditätsreserve verfügt, stellt sich die Frage, ob der Bund zumindest im Jahr 2010 konjunkturbedingte Mindereinnahmen beim Gesundheitsfonds ausgleichen sollte, um einen Anstieg des allgemeinen Beitragssatzes zur GKV zu vermeiden. Dies ist jedoch nicht erforderlich, wie im Folgenden dargelegt wird.

227 Vgl. § 271 Abs. 2 SGB V.

228 Vgl. § 261 SGB V.

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sollen die Ausgaben der Krankenkassen zu mindestens 95 % decken. Reichen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bei einzelnen Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nicht aus, dürfen sie entweder einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben oder können das Finanzierungsdefizit durch Einsparungen ausgleichen.²²⁹ Auf diese Weise wird im bestehenden Finanzierungssystem, das einen Beitragswettbewerb der Krankenkassen durch die Erhebung eines einheitlichen Beitragssatzes ersetzt hat, zumindest ein Wettbewerbselement aufrechterhalten.²³⁰ Mit der unvollständigen Ausgabendeckung durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds soll ein Anreiz zur wirtschaftlichen Verwendung der Beitrags- und Steuermittel gesetzt werden, denn die einzelnen Krankenkassen müssen „zur Vermeidung eines Zusatzbeitrages verstärkte Anstrengungen entwickeln, wirtschaftlich und effizient zu handeln“.²³¹

Gemäß dem aktuellen Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der GKV wird die Deckungsquote für das Jahr 2010 voraussichtlich 95,5 % betragen.²³² Mit dieser Deckungsquote wird also die angestrebte Mindestfinanzierung der Ausgaben der Krankenkassen mit den Mitteln aus dem Gesundheitsfonds erreicht. Zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitsfonds ist also weder eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes zur GKV noch eine Zuführung zusätzlicher Haushaltsmittel des Bundes notwendig. Vielmehr könnte das Finanzierungssystem der GKV seine vom Gesetzgeber gewollten Wirkungen entfalten, wenn defizitäre Krankenkassen entweder Zusatzbeiträge erheben und es auf diese Weise zu einem beitragsseitigen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen kommt oder wenn sie Wirt-

229 Siehe auch Abschnitt 2.2.

230 Siehe auch *Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler*, Das neue Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung, Rundschreiben Nr. 9/2008, Berlin 2008, S. 10 ff.

231 Vgl. *Fraktionen der CDU/CSU und SPD*, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Fn 71, S. 163.

232 Vgl. Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2009 und 2010, abrufbar im Internet unter [http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/RS_2009-479_Anlage_2_\(3\)_9403.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/RS_2009-479_Anlage_2_(3)_9403.pdf), Abrufdatum: 10.11.2009.

schaftlichkeits- und Effizienzreserven ausschöpfen, um die Zusatzbeiträge zu vermeiden.²³³

Diese wettbewerb- und effizienzfördernden Wirkungen würden sich jedoch größtenteils nicht einstellen, wenn der Bund dem Gesundheitsfonds einen zusätzlichen Bundeszuschuss in Höhe von 3,9 Mrd. Euro zuweisen und dadurch die Deckungsquote auf voraussichtlich 97,8 % steigen würde. Damit könnte der Fehlanreiz für die Krankenkassen gesetzt werden, ihre Defizite nicht durch eigene Anstrengungen ausgleichen zu müssen.²³⁴

Weitere Nachteile eines überhöhten Bundeszuschusses zur GKV

Eine verstärkte Finanzierung der GKV mit Haushaltsmitteln des Bundes kann zudem auch nicht damit begründet werden, dass „unvermeidbare Kostensteigerungen durch medizinischen Fortschritt und demographische Entwicklung“ auf diese Weise finanziert werden sollten.²³⁵ Es wäre nämlich nicht sachgerecht, wenn die Allgemeinheit bestimmte Kostensteigerungen für Leistungen tragen soll, die nur von einer speziellen Versichertengemeinschaft in Anspruch genommen werden können. Die Leistungen der GKV sollten nur denjenigen Personen zugute kommen, die mit ihrer vorhergehenden Beitragszahlung einen Anspruch auf die Krankenversicherungsleistungen erworben haben. Steigen die Preise bzw. Kosten dieser Leistungen, so müssen die Kostensteigerungen im System selbst und zwar von der Versichertengemeinschaft finanziert werden. Die Überwälzung von Kostensteigerungen auf Dritte verstößt gegen das Versicherungsprinzip, da damit Personen zur Finanzierung

233 Nach einer Prognose des *IGES-Instituts* würden aber die bestehenden Rücklagen der Krankenkassen ausreichen, um deren Defizite auszugleichen, so dass durch den Einsatz von Rücklagen eine Erhebung von Zusatzbeiträgen weitgehend vermieden werden könnte (vgl. *P. Thelen*, Kassen geht es besser als gedacht, in: Handelsblatt Nr. 306 vom 26.10.2009).

234 Die geplante Maßnahme würde dann auch im Widerspruch zur Vereinbarung im Koalitionsvertrag stehen, den Krankenkassen mehr Beitragsautonomie zu gewähren. Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode, S. 78.

235 Vgl. *Fractionen der CDU/CSU und SPD*, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Fn 71, S. 92.

von Leistungen herangezogen werden, auf die sie gar keinen Anspruch haben.²³⁶

Darüber hinaus würde eine verstärkte Finanzierung der GKV aus Haushaltsmitteln des Bundes maßgeblich dazu beitragen, dass das Finanzierungsgeflecht der GKV noch undurchsichtiger wird. Die tatsächliche Beitragsbelastung sowie der tatsächliche Preis der angebotenen Gesundheitsleistungen werden dadurch verschleiert. Die Versicherten werden keine genaue Kenntnis davon haben, wie und in welcher Höhe sie durch ihre Krankenversicherung insgesamt belastet werden. Sie könnten dadurch die Gesamtkosten ihrer Versicherung falsch einschätzen, zumeist wohl unterschätzen. Diese Unkenntnis ist gerade auch für eine verantwortungsbewusste und sparsame Leistungsanspruchnahme von Seiten der Versicherten hinderlich und würde der notwendigen Begrenzung der Leistungsausgaben und Beiträge in der GKV zuwiderlaufen. Weil aufgrund der verstärkten Finanzierung aus Haushaltsmitteln des Bundes die tatsächlichen Gesamtkosten des Systems verschleiert und unterschätzt würden, würde auch der politische Druck verringert, vorhandene Einspar- und Effizienzreserven auf der Ausgabenseite der GKV zu nutzen. Vielmehr würde die GKV durch zusätzliche Bundesmittel alimentiert und ihren überhöhten Kosten und Finanzierungslasten dauerhaft Vorschub geleistet. Zudem würde die GKV dadurch einem noch größeren Einfluss der Politik und Fehlentwicklungen des Bundeshaushalts verstärkt ausgesetzt.²³⁷

6.2 Stärkung des Versicherungsprinzips auf der Einnahmenseite der GKV

In der vorhergehenden Analyse hat das Institut festgestellt, dass auch auf der Einnahmenseite keine sachgerechte Finanzierung der GKV gewährleistet ist. Gegen das Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip verstößt insbesondere die Gewährung von Leistungen an versicherte Personen,

²³⁶ Siehe auch *Bund der Steuerzahler Deutschland*, Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland anlässlich einer Sachverständigenanhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 09.02.2009.

²³⁷ Siehe ebenda.

die keinen Beitrag zur GKV entrichten. Hierbei handelt es sich um die beitragsfrei mitversicherten Ehegatten und Lebenspartner sowie Bezieher von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld. Die Beitragsfreiheit dieser Versichertengruppen ist folglich als versicherungsfremd zu beurteilen. Sie weist ein beträchtliches Begünstigungsvolumen für ihre Nutznießer auf.²³⁸

Da eine uneingeschränkte Finanzierung der genannten versicherungsfremden Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates nicht gerechtfertigt erscheint, ist eine Rückführung der Beitragsfreiheit in Erwägung zu ziehen. Das Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip in der GKV könnte am ehesten dadurch gestärkt werden, dass von den bisher beitragsfrei mitversicherten Personengruppen ein eigener Mindestbeitrag erhoben würde. Je nach Höhe eines solchen Mindestbeitrags könnte die GKV aus seiner Erhebung allein von den bisher beitragsfrei mitversicherten Ehegatten und Lebenspartnern Mehreinnahmen von schätzungsweise 3,87 bis 13,08 Mrd. Euro erzielen.²³⁹ Hinzu kämen nicht bezifferte Mehreinnahmen durch eine Beitragserhebung von den Beziehern von Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld.

Falls ein solcher Mindestbeitrag eingeführt würde, sollten die daraus resultierenden Mehreinnahmen der GKV zur Finanzierung der Mindereinnahmen verwendet werden, die durch die gebotene Reduzierung des Bundeszuschusses entstehen würden.²⁴⁰ Unabhängig davon sind in jedem Fall bestehende Einsparpotenziale auf der Ausgabenseite der GKV auszuschöpfen,²⁴¹ um für alle Beitragszahler der GKV Entlastungen zu ermöglichen. Von diesen allgemeinen Entlastungen würden auch diejenigen Personengruppen profitieren, deren bisherige Begünstigungen möglicherweise durch die Zahlung eines Mindestbeitrags abgebaut würden. Die Mehrbelastungen derjenigen Haushaltsgemeinschaften, die dann einen Mindestbeitrag zu zahlen hätten, könnten zudem zumindest teilweise

238 Siehe Abschnitt 5.2 und 5.3.

239 Siehe Abschnitt 5.2, Tabelle 2.

240 Siehe Abschnitt 6.1.

241 Siehe bereits Abschnitt 6.1.1.

durch eine vom Institut vorgeschlagene und erforderliche Entlastung bei der Einkommensteuer²⁴² kompensiert werden.

Gleichwohl könnte die Zahlung eines Mindestbeitrags Haushaltsgemeinschaften mit einem relativ geringen Haushaltseinkommen finanziell überfordern. Um derartige Überbelastungen zu vermeiden, könnten im Bedürftigkeitsfall Zuschüsse aus allgemeinen Bundesmitteln, beispielsweise in Form ergänzender Grundsicherungsleistungen, gewährt werden. Zur Finanzierung dieser Fürsorgeleistungen wären begrenzte Bundesmittel einzuplanen, die aus den frei werdenden Mitteln infolge der gebotenen Reduzierung des Bundeszuschusses zur GKV finanziert werden könnten.²⁴³

Dagegen ist die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern nicht als eine versicherungsfremde Leistung zu werten, sondern zu den versicherungsgemäßen Elementen auf der Einnahmenseite der GKV zu zählen. Folglich ist es sachgerecht, die Beitragsfreiheit von Kindern weiterhin aus den Beitragseinnahmen der GKV zu finanzieren.²⁴⁴

242 Siehe *Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler*, Reform des Lohn- und Einkommensteuertarifs, Schriftenreihe, Heft Nr. 103, Berlin 2008.

243 Siehe Abschnitt 6.1.

244 Siehe Abschnitt 5.4.

Veröffentlichungen des Karl-Bräuer-Instituts des Bundes der Steuerzahler seit 2000

Reihe Schriften

- 105 Entlastung lebensnotwendiger Ausgaben von der Mehrwertsteuer, März 2009
- 104 Hohes Entlastungspotenzial in der Arbeitslosenversicherung, August 2008
- 103 Reform des Lohn- und Einkommensteuertarifs, April 2008
- 102 Verfassungswidriger Solidaritätszuschlag, Februar 2008
- 101 Familienbesteuerung und Splitting – Änderungsvorschläge auf dem Prüfstand, November 2007
- 100 Die Entwicklung der Steuer- und Abgabenbelastung, März 2006
- 99 Staatsverschuldung und öffentliche Investitionen, Mai 2006
- 98 Zur verfassungsrechtlichen Problematik globaler Minderausgaben, Juni 2005
- 97 Reform der Gesetzlichen Unfallversicherung, Dezember 2004
- 96 Versicherungsfremde Leistungen in der Arbeitslosenversicherung, November 2002
- 95 Der Tarif muss auf Räder – Heimliche Steuererhöhungen vermeiden, September 2002
- 94 Kommunale Steuerautonomie und Gewerbesteuerabbau, Januar 2002
- 93 Wohnungsbauförderung auf dem Prüfstand, Juni 2001
- 92 Lenken mit Steuern und Abgaben – Große Mängel und Gefahren, September 2000
- 91 Steuer- und Abgabenbelastung in Deutschland, Februar 2000

Reihe Sonderinformationen

- 60 Aktuelle Empfehlungen zu Abbau und Ersatz der Gewerbesteuer, März 2010
- 59 Börsenumsatzsteuer – Phönix aus der Asche?, Juli 2009

- 58 Schuldenverbot für Bund und Länder, April 2009
- 57 Die Mitte verliert – Nach Tarifkorrektur 2010 erhöhter Nachholbedarf bei Entlastung mittlerer Einkommen, März 2009
- 56 Sonderausgabenabzug von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung, März 2009
- 55 Existenzgefährdende Hinzurechnungen bei der Gewerbesteuer entschärfen!, August 2008
- 54 Soziale Pflegeversicherung grundlegend reformieren! – Kritische Anmerkungen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 17.10.2007, Dezember 2007
- 53 * Arbeitslosenversicherung: Entlastung statt Ausbeutung!, August 2007
- 52 Aussteuerungsbetrag abschaffen!, Juni 2007
- 51 Steuer- und Abgabenbelastung im internationalen Vergleich, Mai 2007
- 50 * Beitragssenkung in der Arbeitslosenversicherung, März 2007
- 49 Für eine umfassende Reform der Gesetzlichen Unfallversicherung, Dezember 2006
- 48 * Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, August 2006
- 47 * Die Bürgerversicherung: Die falsche Medizin für die Krankenversicherung, Juli 2005
- 46 * Erbschaftsteuer und Grundgesetz, Januar 2005
- 45 * Vergleichende Untersuchung aktueller Eckwerte zur großen Reform der Einkommensteuer KBI, FDP, Merz, CSU und Kirchhof, Februar 2004
- 44 * Entwicklung der Abgabenbelastung auf Löhne und Gehälter, Juli 2003
- 43 * Ökosteuer und Grundgesetz, Juni 2003
- 42 * Vermögensteuer: Beseitigen statt Wiedereinführen, Februar 2003
- 41 * Verwirrung durch OECD-Zahlen zur Abgabenbelastung, Februar 2003
- 40 Zu den Rentenreformplänen der Bundesregierung, Januar 2001

- 39 * Folgen des 630-DM-Gesetzes – Eine Zwischenbilanz, April 2000
- 38 Reformbedarf in der Gesetzlichen Rentenversicherung, Mangelhafte Maßnahmen der Bundesregierung, November 1999 (aktualisiert: Februar 2000)

* = vergriffen

Reihe Stellungnahmen

- 32 Zur anstehenden Finanzreform der Europäischen Union, Februar 2009
- 31 Öffentliche Personalausgaben, November 2006
- 30 Ausgaben für Beamtenpensionen eindämmen, Januar 2006
- 29 Ausgliederungen aus den öffentlichen Haushalten, April 2004
- 28 Abbau von Mischfinanzierungen, Juni 2001
- 27 Finanzpolitik in der Europäischen Währungsunion, April 2000

Weitere Veröffentlichungen

Personalausgaben des Bundes weiter abbauen!, Februar 2008

Die vollständige Liste der Veröffentlichungen des Karl-Bräuer-Instituts ist unter www.karl-braeuer-institut.de abrufbar oder kann beim Institut angefordert werden.