

# Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit

## Expertise

Dr. Thomas Höpfner  
Benjamin Berndt  
Tobias Schäffer  
Dr. Carsta Militzer-Horstmann

*Eingereicht im Mai 2020\**

DOI: <<http://doi.org/10.60019/TNTK5535>>.

## Abstract

Die gegenwärtige politische Praxis der zunehmenden Übertragung versicherungsfremder Leistungen auf die Krankenversicherung führt zu einer weiteren Abkehr von einem System, das auf Selbstverwaltung und Beitragsfinanzierung ausgerichtet ist. Diese Arbeit leistet einen Beitrag zur Diskussion über die Verteilungsgerechtigkeit der Finanzierung und die Durchführung versicherungsfremder Leistungen der GKV. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Beitragsfinanzierung versicherungsfremder Leistungen gerade Haushalte mit einer geringen ökonomischen Leistungsfähigkeit belastet. Eine Finanzierung über das Einkommensteuersystem würde diese Benachteiligung beseitigen. Finanziell leistungsfähigere Haushalte würden im Gegenzug stärker belastet. Die Ergebnisse werden anhand von Simulationsrechnungen bei definierten Musterhaushalten erzeugt.

## Keywords

Versicherungsfremde Leistungen • Gesundheitssystemforschung • Beitragsfinanzierung • Sozialstaat • Umverteilungswirkungen • Finanzierungsgerechtigkeit • Bundeszuschuss • Selbstverwaltung • Äquivalenzprinzip • Leistungsfähigkeitsprinzip

---

\* Die Expertise wurde gefördert vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

## Gliederung

<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>7</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>9</b>
<b>2 Verteilungspolitische Instrumente und Prinzipien .....</b>	<b>10</b>
2.1 Abgrenzung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen.....	10
2.2 Verbindung des Sozialstaats- mit dem Versicherungsprinzip .....	10
2.3 Differenzierung des Äquivalenzprinzips .....	11
2.4 Anwendung des Leistungsfähigkeitsprinzips.....	12
<b>3 Abbildung versicherungsfremder Leistungen .....</b>	<b>14</b>
3.1 Abgrenzung zu originären Versicherungsleistungen der GKV.....	14
3.2 Abgrenzung relevanter sozialer Gruppen .....	16
3.3 Quantifizierung des finanziellen Umfangs .....	17
3.4 Finanzierung und Durchführungsverantwortung.....	19
<b>4 Modellierung eines alternativen Finanzierungsszenarios .....</b>	<b>22</b>
4.1 Methodisches Vorgehen bei der Modellierung .....	22
4.2 Auswahl des alternativen Finanzierungsinstruments .....	22
4.3 Auswahl der Musterhaushalte .....	24
4.4 Annahmen für die Simulationen .....	25
4.5 Berechnung der neuen Beitrags- und Steuersätze.....	26
<b>5 Verteilungswirkungen für die Musterhaushalte .....</b>	<b>28</b>
5.1 Abbildung der Verteilungswirkungen.....	28
5.2 Simulationen für Musterhaushalte von Arbeitnehmern ohne Kinder .....	28
5.3 Simulationen für Musterhaushalte von Arbeitnehmern mit Kindern.....	32
5.4 Simulationen für die Musterhaushalte der Rentner .....	35
5.5 Ableitungen aus den Simulationsergebnissen der Musterhaushalte .....	37
5.6 Simulationsergebnisse bei Ausweitung versicherungsfremder Leistungen.....	38
<b>6 Zusammenfassung und Fazit.....</b>	<b>40</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>43</b>

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b>	Schätzungen zum Gesamtwert versicherungsfremder Leistungen in der GKV (Auszug) .....	17
<b>Tabelle 2:</b>	Versicherungsfremde Leistungen und deren geschätzter Umfang in der GKV im Jahr 2016.....	18
<b>Tabelle 3:</b>	Simulationsergebnisse für eine alleinstehende Person mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 30.000,00 EUR pro Jahr.....	29
<b>Tabelle 4:</b>	Simulationsergebnisse für eine alleinstehende Person mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 60.000,00 EUR pro Jahr.....	29
<b>Tabelle 5:</b>	Simulationsergebnisse für ein gutverdienendes Ehepaar mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 100.000,00 EUR pro Jahr und Haushalt (zwei Arbeitnehmer) .....	30
<b>Tabelle 6:</b>	Simulationsergebnisse für ein gutverdienendes Ehepaar mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 100.000,00 EUR pro Jahr und Haushalt (ein Arbeitnehmer) .....	31
<b>Tabelle 7:</b>	Simulationsergebnisse für eine alleinerziehende Person mit einem Kind .....	32
<b>Tabelle 8:</b>	Simulationsergebnisse für eine vierköpfige Familie mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 30.000,00 EUR pro Jahr und Haushalt (ein Arbeitnehmer) .....	33
<b>Tabelle 9:</b>	Simulationsergebnisse für eine vierköpfige Familie mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 40.000,00 EUR pro Jahr und Haushalt (ein Arbeitnehmer) .....	34
<b>Tabelle 10:</b>	Simulationsergebnisse für eine alleinstehende Person mit Bezug von Altersrente.....	35
<b>Tabelle 11:</b>	Simulationsergebnisse für ein Ehepaar mit Bezug von Altersrente .....	36
<b>Tabelle 12:</b>	Zusätzliche Be- und Entlastungswirkungen einer Einkommensteuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV bei Anhebung auf 58 Mrd. EUR .....	38

## Abkürzungsverzeichnis

ALG II	Arbeitslosengeld II
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung (ehemals Bundesversicherungsamt)
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
COVID-19	Corona Virus Disease 2019
EstG	Einkommensteuergesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KJ1	Krankenversicherung Jahresrechnung (Fortlaufende Nummer)
PKV	Private Krankenversicherung
RWI	Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V.
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SVR	Sachverständigenrat
WD	Wissenschaftliche Dienste des Bundestages

## 1 Einleitung

Die Bundesrepublik Deutschland ist grundsätzlich durch das bismarcksche System der sozialen Absicherung gekennzeichnet. Die Zweige der Sozialversicherung decken definierte Risiken ihrer Versicherten ab und erhalten im Gegenzug Beitragszahlungen. Einem Beitrag stehen bezeichnete Gegenleistungen gegenüber, die von einem versicherten Individuum in Anspruch genommen werden können.

Die Finanzierung öffentlicher Aufgaben erfolgt über verschiedene Quellen (Brümmerhoff & Büttner, 2018). Sowohl über Sozialversicherungsträger als auch über Gebietskörperschaften hat die Finanzierung jeweils Vor- und Nachteile in Bezug auf die Implikationen eines Sozialstaats. Ein sozialpolitischer Konflikt kann entstehen, wenn sich eine Vermischung der Systeme auf konkreter Ebene vollzieht. Eine solche Vermischung besteht u. a. dann, wenn einem Zweig der Sozialversicherung Aufgaben übertragen werden, die grundsätzlich oder eher den Gebietskörperschaften zuzuordnen sind. Die Gesamtheit dieser Leistungen, die originär der Trägerschaft durch die Gebietskörperschaften zugeordnet, aber aus den Sozialversicherungsbeiträgen finanziert bzw. erbracht werden, sind als versicherungsfremd zu bezeichnen. Eine allgemeingültige Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen von originären Sozialversicherungsleistungen ist aktuell nicht verfügbar. Auch der Ansatz, dies an einem mehr oder weniger engen Bezug zum Versicherungsprinzip zu diskutieren, greift zu kurz.

Eine Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über Beiträge bewirkt diskussionswürdige Konsequenzen. Neben der Beeinflussung der Beitragshöhen sorgt die Beschaffenheit des Beitragssystems im Vergleich zur Steuerfinanzierung<sup>1</sup> in Art oder Umfang für unterschiedliche Umverteilungseffekte, die wiederum auf die Erreichung gesellschaftlicher Wertevorstellungen wirken. Eine solche Diskussion kann unter Nutzung des Sozialstaats-, des Äquivalenz- und des Leistungsfähigkeitsprinzips geführt werden.

Die vorliegende Arbeit legt eine Schätzung über das monetäre Volumen versicherungsfremder Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland für das Jahr 2016 vor. Hierfür werden verschiedene Konzepte zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen zusammengeführt. Die Untersuchung zielt darauf ab, Umverteilungswirkungen der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben entweder durch GKV-Beiträge oder durch Mittel aus der Einkommensteuer zu simulieren, was anhand zu bildender Musterhaushalte erfolgt.

Der folgende Abschnitt baut die theoretischen Grundlagen zur Abbildung versicherungsfremder Leistungen und zur Beurteilung der Verteilungsgerechtigkeit von Steuer und Beitragssystemen auf. Gliederungspunkt drei thematisiert die Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der GKV und quantifiziert deren monetäres Volumen. Der vierte Abschnitt beschreibt die zu betrachtenden Musterhaushalte und beinhaltet daneben Methodik und Annahmen bei den Simulationen sowie die Berechnung neuer Beitrags- und Steuersätze für das Jahr 2016. Die Simulation und Abbildung der Verteilungswirkungen für die ausgewählten Musterhaushalte erfolgen in Abschnitt fünf. Die Arbeit endet mit einer Zusammenfassung und einem kurzen Ausblick in Teil sechs.

<sup>1</sup> Die Thematisierung weiterer Einnahmequellen zur Finanzierung öffentlicher Aufgaben erfolgt vorliegend nicht.

## 2 Verteilungspolitische Instrumente und Prinzipien

### 2.1 Abgrenzung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen

Steuern sind Pflichtabgaben ohne Anspruch auf eine bestimmte Gegenleistung (§ 3 Abs. 1 Abgabenordnung). Sozialversicherungsbeiträge werden aufgrund einer Mitgliedschaft erhoben, die ebenfalls auf Zwang beruht. Zwang gilt als Leitmotiv der Institutionalisierung der Sozialversicherung (Wannagat, 1965). Der Bezug zu einer Gegenleistung ist in der Sozialversicherung dem Grunde nach vorhanden, schwächt sich aber ab, weil dieser allein auf der Möglichkeit beruht, eine bestimmte Leistung bei Bedarf zu erhalten (Droege, 2013; Hajen et al., 2017).

Steuern werden von einem öffentlichen Gemeinwesen zur Erzielung von Einnahmen erhoben. Sozialversicherungsbeiträge hingegen fließen zu selbstverwalteten Trägern und gelten als Aufwendungsersatzleistung (Tipke et al., 2018). Inwieweit die Selbstverwaltung als dem Staat zugehörig oder gerade von ihm getrennt zu werten ist, bleibt auch weiterhin strittig (Höpfner, 2018). Wenn davon ausgegangen wird, dass auch Steuern, die per Definition keine Zweckbindung implizieren, einer Finanzierung öffentlicher Aufwendungen dienen, ist auch hier die Grenze zwischen beiden Abgabearten fließend. Vermutlich könnte eine solch weite Interpretation von Zweckbindung zu einer vermeintlich fehlenden Trennschärfe und zu einer Vermischung von Aufgabenzuweisung oder deren Finanzierung führen.

Erhebliche Unterschiede zwischen beiden Abgabeformen bestehen in den jeweiligen Umverteilungsmöglichkeiten und deren Wirkungen. Sozialversicherungsbeiträge werden über Beitragssätze bemessen. Beitragssätze haben vier zentrale Ausgestaltungselemente, von denen in den jeweiligen Sozialversicherungszweigen unterschiedlich Gebrauch gemacht wird.<sup>2</sup> Die Höhe des Beitragssatzes ist ein wesentliches Instrument. Die Veränderung der Bemessungsgrundlage, der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) oder des Mindestbeitrags kann daneben verteilungswirksam eingesetzt werden. Neben den Entscheidungen im Kontext des Beitragssatzes ist auch die Veränderung des Umfangs der von einem Zweig erfassten Mitglieder oder Versicherten sowie die Entscheidung über die Traglast der Beiträge verteilungswirksam.

Innerhalb des Steuersystems ist die Anzahl der verteilungsrelevanten Instrumente höher und aufgrund der Bedeutsamkeit dieser Einnahmeart – aber auch des hohen Anspruchs der Politik im Hinblick auf Verteilungsaspekte – gesamtgesellschaftlich wirksamer. Zu den überwältigungsbezogenen Gestaltungsinstrumenten zählt u. a. die Entscheidung, ob Einnahmen aus direkten oder indirekten Steuern zu generieren sind. Auch differenzierte Abzugsmöglichkeiten oder die Anpassung der Bemessungsgrundlage, die unterschiedliche Ausgestaltung von Steuerarten hinsichtlich Steuerträger, Steuerschuldner und Steuerzahler in Bezug zur Steuerlast können verteilungspolitisch eingesetzt werden. Nicht zuletzt ist die Wahl eines Steuertarifs relevant. In dem Zusammenhang aus Steuersatz, Durchschnittssteuersatz und Grenzsteuersatz lassen sich wirkungsvolle Umverteilungsaspekte gestalten. Dies betrifft auch den Umgang mit Freibeträgen oder Freigrenzen (Blankart, 2017; Brümmerhoff & Büttner, 2018).

### 2.2 Verbindung des Sozialstaats- mit dem Versicherungsprinzip

Das Sozialstaatsprinzip ergibt sich aus Artikel 20 des Grundgesetzes und impliziert die Forderung nach Herstellung und Wahrung sozialer Sicherheit und Gerechtigkeit (Rau, 2008). In Deutschland ist die Sozialversicherung ein wichtiges Instrument des Sozialstaats. Die „gegenseitige Deckung zufälligen absehbaren Geldbedarfs gleichartig bedrohter Wirtschaftssubjekte“ (Breyer & Buchholz, 2009, S. 3)

<sup>2</sup> Nachfolgend wird die Diskussion auf den Zweig der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.

drückt sich auch in der Definition der GKV als Solidargemeinschaft (§ 1 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V)) sowie der solidarischen Finanzierung (§ 3 SGB V) aus. Aus dem Sozialstaatsprinzip sind „Umverteilungsnormen“ (Blankart, 2017, S. 97) abzuleiten, was für die Sozialversicherung entsprechende Ausgestaltungselemente impliziert.<sup>3</sup>

Wenn die Sozialversicherung in ihrem Selbst- oder dem Verständnis der Gesellschaft als Instrument des Versicherungsprinzips charakterisiert wird (Brümmerhoff & Büttner, 2018; Herath, 1993), müsste dieses Prinzip eine Grundlage bilden, um Leistungen voneinander abzugrenzen, die entweder Versicherungs- oder aber keine Versicherungsleistungen sind. Das Versicherungsprinzip stellt zwar auf das zu versichernde Risiko ab, das u. a. definierten Merkmalen in Bezug auf die Schadenverteilung genügen soll<sup>4</sup> (Farny, 2011), dennoch ist das Versicherungsprinzip kein objektiv nutzbares Abgrenzungskriterium. Die Entscheidung über die Versicherbarkeit einer Leistung hängt nicht an einer konkreten allgemeingültigen Definition. Neben rechtlichen Rahmenbedingungen ist die Zuordnung vor allem abhängig davon, inwieweit es Organisationen gibt, die eine bestimmte Leistung als Versicherungsleistung aufnehmen (Farny, 2011). Unter dem genannten Selbst- und Fremdverständnis zu übernehmender Leistungen sind Sozialversicherungen insofern als Instrumente der Verbindung des Sozialstaats- mit dem Versicherungsprinzip zu verstehen (Brümmerhoff & Büttner, 2018).

### 2.3 Differenzierung des Äquivalenzprinzips

Die theoretische Finanzwissenschaft diskutiert die (Verteilungs-)Gerechtigkeit von Abgaben anhand des Äquivalenz- und des Leistungsfähigkeitsprinzips. Eine Äquivalenz bedingt den direkten Bezug zwischen Abgabe und Leistung (Brümmerhoff & Büttner, 2018), wobei die Leistungsanspruchnahme selbst dem Bedarfsprinzip folgen kann (Hajen et al., 2017) und nicht zwingend tatsächlich erfolgen muss. Personen, die keine Abgabe entrichten, sind vom Leistungsbezug nach dem Äquivalenzprinzip ausschließbar. Je nach individuellem Nutzen sind unterschiedliche Finanzierungslasten möglich. Die Differenzierung der Lasten ist jedoch nur möglich, wenn eine Messbar- und Zurechenbarkeit der jeweiligen Nutzenparameter gegeben ist (Blankart, 2017).

Allein aufgrund der Ausschließbarkeit von nicht versicherten Personen auf die Anwendung des Äquivalenzprinzips in der Sozialversicherung zu schließen, ist nur bedingt angebracht. Der Zuordnung stehen vor allem die Umverteilungselemente in den einzelnen Zweigen entgegen.

Zur Auflösung des scheinbaren Widerspruchs ist das Äquivalenzprinzip aufzubrechen. Die individuelle Äquivalenz findet regelmäßig bei privaten Gütern Anwendung (Farny, 2011). In einem solchen Verständnis kann die Zuordnung der Sozialversicherung als Instrument des Äquivalenzprinzips nur unter Einschränkung auf die Teilhabeäquivalenz und nur für einzelne Zweige oder einzelne Leistungsbereiche erfolgen.<sup>5</sup> Konkret sind hier Zusammenhänge zu sehen, bei denen der Umfang der Leistungsanspruchnahme an die Höhe oder die Zahldauer der Beiträge geknüpft ist (Simon, 2017). Im Kontext öffentlicher Entgeltarten bedienen Gebühren das Äquivalenzprinzip auf Individualebene am besten (Wilke, 1973). Gebühren weisen als einzige Abgabeart eine reale eins zu eins Beziehung zwischen Leistung und Gegenleistung auf (Brümmerhoff & Büttner, 2018).

<sup>3</sup> Für die GKV existieren im Kontext der Sachleistungssphäre Umverteilungseffekte zwischen verschiedenen Versicherungsträgern der Qualifizierungen krank und gesund, leistungsstark und leistungsschwach, jung und alt sowie mit und ohne Kinder.

<sup>4</sup> Diese Merkmale sind nach Farny: Zufälligkeit, Schätzung, Eindeutigkeit, Unabhängigkeit und Größenmerkmale (Farny, 2011).

<sup>5</sup> Eine Teilhabeäquivalenz ist z. B. in dem Zweig der Rentenversicherung gegeben. Als Leistungsbereich der GKV ist z. B. das Krankengeld der Teilhabeäquivalenz zuordenbar.

Wenn das Äquivalenzprinzip auf eine Ebene sozialer Gruppen projiziert wird, ist die Zuordnung der Sozialversicherung grundsätzlich richtig (Farny, 2011). Der direkte Bezug zwischen Leistung und Gegenleistung ist dann (nur) auf Gruppenebene verlangt (Rürup, 2005). Das führt zwar im weitesten Verständnis dazu, dass auch Steuern dem Äquivalenzprinzip zuordenbar wären, wenn für die Gesamtbevölkerung ein direkter Zusammenhang zwischen der Summe öffentlicher Leistungen und den erhobenen Steuern insgesamt unterstellt wird (Keuschnigg, 2005). Zur Einordnung sei jedoch darauf verwiesen, dass Beiträge eine konkrete Zweckbindung implizieren.

## 2.4 Anwendung des Leistungsfähigkeitsprinzips

Parameter der ökonomischen Leistungsfähigkeit sind vorrangig Einkommen, Vermögen oder Konsum (Birk, 1983). Eine Abgabe nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip bedingt einen identischen Wohlfahrtsverlust aller von der Abgabe belasteten Individuen (Blankart, 2017), was jedoch nur modelltheoretisch bestimmbar ist. In der sozialstaatlich geprägten politischen Praxis wird daher über die verschiedenen Ausgestaltungselemente zur Erzielung von Verteilungswirkungen versucht, der von Mill eingeführten „Gleichmäßigkeit der Opfer“ (Mill, 1921, S. 468) zumindest nahezukommen.

Während direkte Steuern dem Leistungsfähigkeitsprinzip eher entsprechen, reduziert eine indirekte Steuer die Zielgenauigkeit der Leistungsfähigkeit (Kirchhof, 2000) und widerspricht dem Primärgrundsatz des Prinzips (Tipke et al., 2018). Juristisch ist das Leistungsfähigkeitsprinzip an keine Progression gebunden (Birk, 1983; Jachmann, 2003). Eine Progression (z. B. bei der Einkommensteuer) ergibt sich jedoch aus dem Gerechtigkeitsgebot des deutschen Sozialstaats, das eine horizontale von einer vertikalen Gerechtigkeit unterscheidet (Brümmerhoff & Büttner, 2018).

Innerhalb des Systems der GKV wird das Leistungsfähigkeitsprinzip durch verschiedene Zusammenhänge durchbrochen oder zumindest vergleichsweise weniger gut bedient. Zu diesen Zusammenhängen gehören vor allem:

- die Beitragsbemessungsgrenze im Sinne:
  - des regressiven Tarifs über alle Einkommen
  - des proportionalen Tarifs bei Einkommen innerhalb der BBG
  - der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern<sup>6</sup>
- die Abgrenzung der Bemessungsgrundlage

Die BBG begründet einen Maximalbeitrag,<sup>7</sup> der für die Versicherung in der GKV zu zahlen ist und führt so zu einem der Progression entgegengesetzten Phänomen. Ein regressiver Tarif entsteht, da (sehr) gutverdienende Individuen mit Einkommen oberhalb der BBG geringere durchschnittliche Beitragsätze leisten müssen als Individuen, deren Einkommen auf oder unterhalb der BBG liegen, was eine Verletzung des Leistungsfähigkeitsprinzips induziert.

Der proportionale Tarif des Beitragssystems, der für Einkommen angesetzt wird, die nicht oberhalb der BBG liegen, führt zwar dort zu einer höheren absoluten Belastung höherer Einkommen, was im Sinne des Leistungsfähigkeitsprinzips ist. Allerdings ist ein proportionaler Tarif der verteilungspolitischen Wirkung einer Progression unterlegen.

<sup>6</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen alle Identitäten. Alle Personen sind gleichberechtigt einbezogen.

<sup>7</sup> Im Jahr 2020 beträgt die BBG in der GKV 4.687,50 EUR im Monat. Aus methodischen Gründen wird vorliegend die BBG aus dem Jahr 2016 genutzt. Diese betrug monatlich 4.237,50 EUR. Der Maximalbeitrag zur GKV (allgemeiner Beitragsatz zzgl. durchschnittlicher Zusatzbeitrag) lag insgesamt bei monatlich 665,28 EUR.

Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern kann in Verbindung mit der BBG dazu führen, dass Haushalte mit identischem Einkommen unterschiedlich durch Beiträge zur GKV belastet werden. Ist das Haushaltseinkommen nicht kleiner als die BBG, tragen diejenigen Haushalte höhere Beiträge, deren zur Beitragsbemessung zu berücksichtigendes Einkommen durch beide Ehepartner generiert wird. Ein ökonomischer Vorteil (der als Nachteil im Sinne des Leistungsfähigkeitsprinzips interpretiert werden kann) entsteht jedoch bereits bei unterschiedlichen Einkommenshöhen innerhalb eines Haushalts, sobald bei einem der beiden Einkommensbezieher ein Einkommen oberhalb der BBG anzusetzen ist.

Die Abgrenzung der Bemessungsgrundlage betrifft die ausschließliche Heranziehung des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens zur Bemessung der Beiträge. So wird gerade bei angestellten Personen nur ein Teil der tatsächlichen ökonomischen Leistungsfähigkeit berücksichtigt. Im direkten Vergleich zum Einkommensteuersystem, wo die Bemessungsgrundlage alle Einkunftsarten integriert, ist das beitragsfinanzierte System zur Erfüllung des Leistungsfähigkeitsprinzips als nachteilig zu bewerten.

### 3 Abbildung versicherungsfremder Leistungen

#### 3.1 Abgrenzung zu originären Versicherungsleistungen der GKV

Für die GKV wird die Übertragung versicherungsfremder Leistungen als Begründung für den Bundeszuschuss nach § 221 SGB V genutzt. Eine umfassende Definition zu Umfang und Inhalt der versicherungsfremden Leistungen erfolgte seitens des Gesetzgebers nicht. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) definiert versicherungsfremde Leistungen als „medizinische Leistungen, die familienpolitisch motiviert und von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind“ (BMG, 2015, o. S.). Die unter dieser abstrakten Definition (wohl auch nur beispielhaft) genannten Aufgaben greifen nach Fichte und Schulemann zu kurz und erfahren eine Erweiterung.

Ein Kriterienkatalog, der den Autoren zufolge unter Verbindung des Äquivalenz- und des Versicherungsprinzips erstellt wurde (Fichte & Schulemann, 2010), fand hierfür Anwendung. Das Versicherungsprinzip ist jedoch aufgrund der individuellen Auslegbarkeit der Kriterien der Versicherbarkeit nicht anwendbar. Auch das Äquivalenzprinzip kann nicht uneingeschränkt zur Abgrenzung herangezogen werden. Der Ansatz einer individuellen Äquivalenz führt dazu, die Umverteilung zwischen Mitgliedergruppen in der GKV als versicherungsfremd zu werten, was die einkommensabhängige Beitragserhebung (Fichte & Schulemann, 2010) und das Leistungsfähigkeitsprinzip aus dem System der GKV ausschließt. Gerade die Einbindung des Sozialstaatsprinzips und damit auch der Leistungsfähigkeit in die GKV ist ein Wesensmerkmal der Sozialversicherung. Der Ansatz von Rürup, die kollektive Äquivalenz mit einer Kollektivguteigenschaft zu verknüpfen (Rürup, 2005) erscheint aus finanzwissenschaftlicher Perspektive zwar richtig. Die Kollektivguteigenschaft lässt sich in der Realität jedoch nicht immer trennscharf anwenden.

Historisch gibt es mit dem Instrument der beitragsfreien Mitversicherung eine Referenz, dass neue Versicherungsrisiken in die Gruppe der Versicherten integriert werden (können), die dann wiederum neue Ausgleiche zwischen neuen Versichertengruppen installieren. Doch auch die kollektive Äquivalenz verlangt nach einem Bezug zwischen Leistung und (potenzieller) Gegenleistung, was eine persönliche Beitragspflicht als Mindestkriterium für einen Ausgleich im Kollektiv impliziert. Dieser Ansatz bedeutet dann auch (nur) die Zulassung von Verteilungswirkungen zwischen Mitgliedergruppen (nicht zwischen Versichertengruppen im Verständnis der Unterscheidung im Beitragssystem der GKV).

Auch weitere Zuordnungskonzepte bzw. Begriffsbestimmungen sind erarbeitet worden, die anhand von verschiedenen Begründungen und Kriterien ein mehr oder weniger umfangreiches Set an Leistungen als versicherungsfremd qualifizieren (WD – Wissenschaftlicher Dienst, 2016) oder eine finanzielle Kompensation thematisieren (Butzer, 2001; WD, 2015). In den jeweiligen Konzepten überschneiden sich die theoretischen Prinzipien in dem Versuch ihrer gleichzeitigen Anwendung und führen zu einem nicht auflösbaren Theorienkonflikt. Als Ausweg bleibt oft nur, die Prinzipien zulasten ihrer definitiven Implikationen anzuwenden oder nicht explizit in die Diskussion einzubinden.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Die dargestellten Herleitungsversuche unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Frage, inwieweit Leistungen eine systemkonforme Verteilungswirkung innerhalb der Versichertengemeinschaft implizieren. Während z. B. argumentiert wird, dass die beitragsfreie Mitversicherung für Kinder als Ausgleich für den intergenerativen Beitrag von Eltern durch die Erziehung zukünftiger Beitragszahler gedeckt sei (Fichte & Schulemann, 2010), wird andererseits die beitragsfreie Versicherung aller Gruppen (Kinder, Ehepartner, Familienmitglieder von Rentnern) als versicherungsfremd aufgefasst (SVR-Wirtschaft – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2012; GKV-Spitzenverband, 2013; Henke, 2014; Meinhardt, 2018; Raffelhüschen et al., 2011). Weiterhin wird die Beitragsfreiheit für Erziehungs- und Mutterschaftsgeld sowie die Zuzahlungsbefreiung bei Inanspruchnahme von Elternzeit (GKV-Spitzenverband, 2013) sowie die nicht kostendeckende Finanzierung der Beiträge für Arbeitslosengeld II (ALG II) Empfänger als versicherungsfremd angesehen (Meinhardt, 2018). Letztere erfolgt zugunsten der Bundesagentur für Arbeit.

Die definitorischen Schwierigkeiten sind Wirkung der politischen Unschlüssigkeit und der fehlenden Klarheit, welche Prinzipien in welcher Gewichtung zueinander bei der Auswahl von Leistungen angewendet werden (sollen).

In der Literatur bisher nur unzulänglich oder nicht explizit erwähnt sind die indirekte Infrastrukturförderung der Krankheitskostenträger (und damit auch der GKV) auf Grund fehlender Investitionsfinanzierung der Länder für Krankenhäuser (GKV-Spitzenverband, 2016; Simon, 2017), der Krankenhausstrukturfonds des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG), die Förderung der Versorgungsforschung im Rahmen des Innovationsfonds sowie die Finanzierung des Ausbaus der Telematikinfrastruktur. Die Förderung von Pflegestellen und Hygiene im Rahmen des KHSG sowie die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf stehen ebenfalls zur Diskussion. Zuletzt sind auch im Zusammenhang mit Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) neue Leistungen als versicherungsfremd zu qualifizieren.<sup>9</sup>

Auch in dem Bewusstsein eines nicht ganz ausräumbaren theoretischen Interpretationsspielraums soll nachfolgend der Versuch unternommen werden, für die herauszuarbeitende Quantifizierung versicherungsfremder Leistungen eine entsprechende Definition aufzustellen.

Versicherungsfremde Leistungen im Kontext der Krankenversicherung sind demnach

- medizinische und nicht medizinische Sach- und Geldleistungen,
- die (auch) außerhalb der Gruppe der Mitglieder wirken (sollen) und
- keinen direkten oder indirekten Bezug zu einem (potenziellen) Krankheitsfall innerhalb dieser Gruppe aufweisen.

Mit dieser Formulierung wird sich zum einen nicht dem BMG angeschlossen, wonach versicherungsfremde Leistungen immer medizinischer Ausprägung sind (BMG, 2015). Im Weiteren verdeutlicht die Definition, dass das Äquivalenzprinzip bezogen auf die soziale Gruppe der Mitglieder ein maßgebliches Kriterium bei der Qualifizierung von versicherungsfremden bzw. versicherungskonformen Leistungen ist. In der expliziten Erwähnung eines direkten und indirekten Bezugs zu einem (potenziellen) Krankheitsfall sind auch präventive Maßnahmen als versicherungskonform anzusehen, soweit sie nur die Individuen der oder die Gruppe der Mitglieder insgesamt betreffen (sollen).

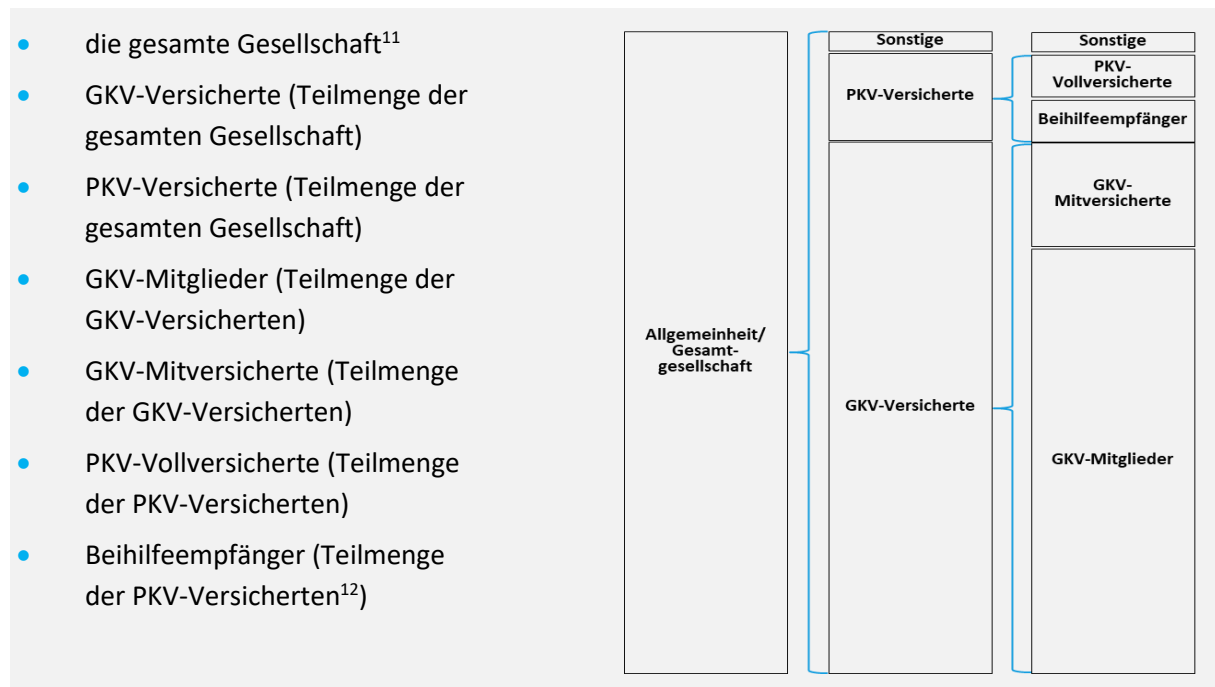
Die Gruppe der GKV-Mitglieder schließt per sozialrechtlicher Definition auch ALG II-Empfänger ein. Weil die (pauschalen) Beiträge aus Steuermitteln gezahlt werden, erfolgt diese Zuordnung praktisch künstlich und erzeugt einen Sonderfall. Die fürsorgeorientierte Integration in die Gruppe der GKV-Mitglieder ist zwar grundsätzlich infrage zu stellen. Die Auflösung ist vorliegend jedoch nicht vorzunehmen. Andererseits soll dieser Sonderfall auch nicht ohne Einschränkungen bleiben. Insofern wird der Argumentation von Meinhardt gefolgt, dass der nicht über die (steuerfinanzierten) Beiträge gedeckte Teil der Ausgaben für die Personengruppe der ALG II-Empfänger als versicherungsfremd anzusetzen ist (Meinhardt, 2018).

<sup>9</sup> Für die Quantifizierung versicherungsfremder Leistungen wurden nachfolgend nur solche Leistungen berücksichtigt, deren Wirkungen auf das Jahr 2016 bezogen werden können.

### 3.2 Abgrenzung relevanter sozialer Gruppen

Die Diskussion einer gruppenspezifischen Äquivalenz erschließt sich nicht nur in der Unterscheidung zwischen Mitgliedern der GKV und der Allgemeinheit im Sinne der Gesamtgesellschaft. So können sich gesetzgeberische Intentionen oder deren tatsächliche Wirkungen auf unterschiedliche soziale Einheiten beziehen. Familienpolitisch motivierte versicherungsfremde Leistungen bspw. können auf einen Nutzen für Mitversicherte innerhalb der GKV zielen oder dort wirken.

Grundsätzlich sind sieben soziale Gruppen zu identifizieren, die innerhalb des deutschen Krankenversicherungssystems im hier untersuchten Zusammenhang voneinander unterscheidbar sind.<sup>10</sup> Die Stellung dieser Gruppen zueinander ist in **Abbildung 1** skizziert. Unterschieden werden kann in:



**Abbildung 1:** Soziale Gruppen der Krankenversicherung<sup>13</sup>

Eine gruppenspezifische Äquivalenz verlangt eine direkte Beziehung zwischen Leistung und Gegenleistung einer Gruppe in Abgrenzung zu anderen sozialen Einheiten.

Beiträge oder Prämien belasten die GKV-Mitglieder oder die Versicherten der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die Arbeitgeber. Steuern belasten diejenigen, die den jeweiligen Steuertatbestand erfüllen und Steuerträger sind. Zur Abgrenzung von Personengruppen, die eine Finanzierungslast über das Steuersystem tragen, wäre daneben die Ertragskompetenz einer Steuer heranzuziehen. Für Ausgaben aus dem Bundeshaushalt können nur solche Steuerarten berücksichtigt werden, die als Bundes- oder Gemeinschaftsteuern (zumindest anteilig) dem Bund zufließen.

Weil die Zweckbindungsbedingung bei Steuern nicht erfüllt ist, gibt es keine Transparenz darüber, welche Steuern aktuell den Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds speisen oder in welcher jeweiligen

<sup>10</sup> Die Gruppe der Sonstigen bleibt außerhalb vorliegender Betrachtung. Ebenfalls unberücksichtigt bleiben die Bereiche privater Zusatzversicherungen und der Wahltarife der GKV.

<sup>11</sup> Die Gesellschaft als Gruppe des Krankenversicherungssystems darzustellen, folgt der gesetzlichen Situation einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht.

<sup>12</sup> Vereinfachend wird hier angenommen, dass der nicht über die Beihilfe gedeckte Teil durch PKV gedeckt ist. Auch werden innerhalb dieser Definition keine laufenden oder geplanten Modellprojekte berücksichtigt, in denen dieser Teil über eine GKV abgedeckt wird.

<sup>13</sup> Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (2019).

Höhe dies erfolgt. Diese Transparenz wäre jedoch notwendig, um die an der Finanzierung Beteiligten abgrenzbar identifizieren und ggf. auch differenzierend beschreiben zu können. Die Belastungswirkungen verteilen sich damit unbestimmt auf verschiedene Steuerträger, was zumindest hinsichtlich der politischen Intention der Verteilung solcher Belastungen zu prüfen wäre.<sup>14</sup>

### 3.3 Quantifizierung des finanziellen Umfangs

Innerhalb des gesamten Komplexes versicherungsfremder Leistungen können verschiedene Differenzierungsansätze verfolgt werden, um eine Synchronisation im Sinne der gruppenbezogenen Äquivalenz mehr oder weniger zu erreichen.<sup>15</sup> Und auch wenn versicherungsfremde Leistungen, die innerhalb der Gruppe der GKV-Versicherten wirken (sollen), von solchen Leistungen unterschieden werden können, die der Allgemeinheit einen Nutzen stiften (sollen),<sup>16</sup> so haben alle Elemente dieser Unterscheidungsperspektiven die Qualifizierung als versicherungsfremd gemein. Dennoch sorgen auch solche Unterscheidungsbestrebungen dafür, dass unterschiedliche Abgrenzungen für teilweise sehr deutliche Abweichungen bei der Quantifizierung des finanziellen Umfangs versicherungsfremder Leistungen innerhalb des GKV-Systems sorgen. **Tabelle 1** fasst die Ergebnisse bisheriger Schätzungen zusammen. Die Spanne reicht von 20,0 Mrd. EUR bis zu 42,7 Mrd. EUR pro Jahr.

Quelle	Umfang in Mrd. EUR	Bezugsjahr
IKK classic (2017)	20,0	2016
Stegmüller & Groß (2014)	33,2	2010
GKV-Spitzenverband (2013)	33,9	2011
Henke (2014)	35,0	2012/2013
SVR-Wirtschaft (2005)	40,0	2005
Meinhardt (2018)	42,7	2016

**Tabelle 1:** Schätzungen zum Gesamtwert versicherungsfremder Leistungen in der GKV (Auszug)<sup>17</sup>

Die vorliegend getroffene Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen kommt zu einem Ergebnis, das oberhalb dieser Spanne liegt. Die nachfolgende **Tabelle 2** fasst die einzelnen Positionen der nach Gliederungspunkt 3.1 bestimmten versicherungsfremden Leistungen und deren Umfang zusammen. Die Gesamtsumme belief sich im Jahr 2016 auf schätzungsweise 56,5 Mrd. EUR.<sup>18</sup>

<sup>14</sup> Über den Steuerzuschuss in den Gesundheitsfonds tragen auch GKV-Mitglieder eine Finanzierungslast an versicherungsfremden Leistungen. Der nicht über den Steuerzuschuss gedeckte Kostenanteil wird durch dieselbe Gruppe ebenfalls finanziert. Daneben sind über die Steuermittel auch PKV-Versicherte an der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV beteiligt.

<sup>15</sup> So können bspw. die in Kapitel 3.1 bereits angesprochenen Unterscheidungen in medizinisch oder nichtmedizinisch, Sach- oder Geldleistung, familienpolitische oder nicht familienpolitische Motivation usw. für eine weitere Differenzierung herangezogen werden.

<sup>16</sup> Unter dem Ansatz des heutigen Mischsystems der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über GKV-Beiträge und Steuermittel ist zumindest aus Sicht der Herstellung einer minimalen Äquivalenz konsequent, dass in Bezug auf einzelne, der Allgemeinheit zugewandten Leistungen aktuell auch eine Beteiligung der PKV-Vollversicherten und der Beihilfe an den Kosten z. B. für die versorgungsbezogene Infrastruktur erfolgt. Beispielfhaft sei auf einzelne Maßnahmen des KHSG verwiesen, bei denen Mittel aus der GKV, der PKV und der Beihilfe vorgesehen sind. Aber auch die implizite Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, die nicht über die Länder erfolgt, verteilen sich auf alle Träger stationärer Behandlungskosten.

<sup>17</sup> Quelle: Eigene Darstellung.

<sup>18</sup> Die in Tabelle 2 aufgeführten Kosten der einzelnen Bereiche versicherungsfremder Leistungen sind aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen. Es kann aufgrund der in diesen Quellen teilweise nicht detailliert nachvollziehbaren Datengrundlagen nicht ausgeschlossen werden, dass sich einzelne Bereiche überschneiden oder Lücken existieren.

Bereiche	Umfang 2016 in Mio. EUR	Quelle für die Bestimmung des Umfangs
Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung	10	KJ1 GKV
Gruppenprophylaxe	48	KJ1 GKV
Förderung der Selbsthilfe	71	KJ1 GKV
Hygieneförderprogramm nach KHSG	74	KHSG-Kostenschätzung
Innovationsfonds Versorgungsforschung	75	KJ1 GKV
Pflegestellenförderung nach Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)	100	KHSG-Kostenschätzung
Förderung der Allgemeinmedizin	101	KJ1 GKV
Vermeidung von Pflegebedürftigkeit	108	KJ1 GKV
Prävention im Setting-Ansatz	116	KJ1 GKV
Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	147	KJ1 GKV
Ausbau der gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH	197	KJ1 GKV (Kosten der elektronischen Gesundheitskarte), Anteil der Finanzierung der GKV an der gematik GmbH
Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	211	KJ1 GKV
Kinderkrankengeld	243	KJ1 GKV, Kontengruppe 47
Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	323	KJ1 GKV, Kontengruppe 53
Palliativversorgung	400	KJ1 GKV
Strukturfonds nach KHSG	500	KHSG-Kostenschätzung
Beitragsfreiheit für Erziehungsgeld, Mutterschaftsgeld und bei Inanspruchnahme von Elternzeit, Zuzahlungsbefreiung	1.000	GKV-Spitzenverband, 2017, zitiert in Meinhardt, 2018
Schutzimpfungen	1.345	KJ1 GKV
Investitionsfinanzierung Krankenhäuser	2.606	RWI, 2017
Beitragsfreie Mitversicherung Familienmitglieder der Rentner	5.200	GKV-Spitzenverband, 2017, zitiert in Meinhardt, 2018
Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft	5.457	KJ1 GKV, Kontengruppe 55
Betriebs- und Haushaltshilfe sowie häusliche Krankenpflege	5.866	KJ1 GKV, Kontengruppe 56
Bezuschussung ALG II Empfänger	6.139	Albrecht et al., 2017
Beitragsfreie Mitversicherung Ehepartner	8.800	GKV-Spitzenverband, 2017, zitiert in Meinhardt, 2018
Beitragsfreie Mitversicherung Kinder	17.400	GKV-Spitzenverband, 2017, zitiert in Meinhardt, 2018
<b>Gesamtbetrag</b>	<b>56.537</b>	

**Tabelle 2:** Versicherungsfremde Leistungen und deren geschätzter Umfang in der GKV im Jahr 2016<sup>19</sup>

Wird der Argumentation gefolgt, dass der Bundeszuschuss zur Deckung versicherungsfremder Leistungen Verwendung findet, wären für das Jahr 2016 von dem Gesamtbetrag 14,0 Mrd. EUR abziehen. Im Ergebnis würde dann ein Betrag i. H. v. 42,5 Mrd. EUR verbleiben, der aus Beitragsmitteln der GKV getragen wird. Die genutzte Abgrenzung ist im Vergleich zu bisherigen Studien umfassender – auch unter Berücksichtigung neuer Bereiche, die der GKV zugewiesen worden sind und 2016 wirksam waren.

<sup>19</sup> Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Krankenversicherung Jahresrechnung, fortlaufende Nummer (KJ1), Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI).

### 3.4 Finanzierung und Durchführungsverantwortung

Versicherungsfremde Leistungen implizieren neben einer Finanzierungs- auch eine Durchführungsperspektive. Wenn Finanzierer und die umsetzende Einheit institutionell identisch sind, ist dieser Zusammenhang als konsistent zu werten. Das Aufbrechen der Verknüpfung führt zu einer „Auftragsleistung“ (Rürup, 2015, S. 10, 20), die das Krankenversicherungssystem erbringt und dafür systemfremd finanzielle Mittel erhalten kann.

Auftragsleistungen können freiwillig aufgenommen oder per Zwang übertragen werden. Ein selbstverwaltetes System, das gerade als Abgrenzung zur staatlichen Gewalt implementiert wurde (Stolleis, 2003; Heyll, 2007), verliert mit jeder (unfreiwilligen) Übertragung von Aufgaben Identität und Selbstbestimmung. Auf der anderen Seite sind konsistent agierende, mit Legitimität und Kompetenz ausgestattete öffentliche Stellen institutionalisiert,<sup>20</sup> die die oben bezeichneten Aufgaben grundsätzlich durchführen können. Es bliebe damit nur das Kriterium einer hinreichenden Kapazität zur Aufgabewahrnehmung kritisch zu hinterfragen.<sup>21</sup>

Versicherungsfremde Leistungen sind ein dynamischer Bereich. Die Dynamik sorgt dabei auch für eine Ausweitung dieser Leistungen im Krankenversicherungssystem. Verantwortlich für diese Entwicklungen sind vor allem

- der Rückzug staatlicher Akteure aus der Durchführung von Leistungen, was auch zulasten der Krankenversicherung geht und
- die gesellschaftliche bzw. politische Identifikation neuer (versicherungsfremder) Aufgaben und Themen.

Dass sich staatliche Akteure sukzessive, gerade auch im Bereich der öffentlichen Gesundheit, aus der operativen Verantwortung zurückziehen, ist nicht nur an dem stetig sinkenden Anteil der Gesundheitsausgaben öffentlicher Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland zu messen.<sup>22</sup> Gleichwohl sichern sich staatliche Institutionen umfangreiche Steuerungs-, Entscheidungs- und Kontrollfunktionen (Höpfner, 2018). Für die GKV hält die Politik trotz Selbstverwaltung ein hohes Regulierungsgebaren aufrecht, was zu einer besonderen Regulierungsdichte führt und so auch den Aspekt der Auftragsleistungen verstärken kann.

Neben den bereits angesprochenen versicherungsfremden Aufgaben, die sich aus verschiedenen Gesetzesinitiativen der Vergangenheit ergaben (z. B. Förderung der Versorgungsforschung, von Pflegestellen und Hygiene oder der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf), schafft das zuletzt erlassene Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) weitere Inkonsistenzen. Neu identifizierte Problemstellungen werden versicherungsfremd zur Durchführung dem Krankenversicherungssystem übertragen. Problematisch aus Sicht ordnungspolitischer Überlegungen erscheint dabei

<sup>20</sup> Der Öffentliche Gesundheitsdienst z. B. ist institutionalisiert, um auf Bundes- und Landesebene die Durchführung konkreter Aufgaben innerhalb des Gesundheitssystems wahrzunehmen. In der aktuellen Diskussion im Zusammenhang der Information und dem gesellschaftlichen Umgang mit der COVID-19 Pandemie erlebt z. B. das Robert Koch-Institut eine besondere Wahrnehmung in der Bevölkerung. Neben solchen Einheiten des Gesundheitssystems ist die Steuerverwaltung etabliert, diverse Umverteilungserfordernisse umzusetzen.

<sup>21</sup> Systemtheoretisch können die Kriterien Konsistenz, Legitimität, Kompetenz und Kapazität herangezogen werden, um eine Organisation hinsichtlich der Durchführung konkreter Aufgaben bewerten zu können (Höpfner, 2018).

<sup>22</sup> Lag der Anteil der Gesundheitsausgaben (laufende Gesundheitsausgaben) öffentlicher Haushalte im Jahr 1992 noch bei 7,9 Prozent, so reduzierte sich dieser auf 3,5 Prozent im Jahr 2005 und lag im Jahr 2017 bei 2,5 Prozent (GBE-Bund, 2019).

der Effekt, dass nach jeder (weiteren) erfolgreichen Übertragung von Aufgaben die Hürde für neue Übertragungen sinkt.

Solche Übertragungstendenzen scheinen quasi per Blaupause auch auf den (grundsätzlich versicherungskonformen) Leistungskatalog der GKV projiziert werden zu können,<sup>23</sup> was ein zusätzlich zu diskutierendes Problem darstellt. Die Rolle der Selbstverwaltungsorgane bei Entscheidungen über Aufgaben und Leistungen der Sozialversicherungen wird weiter eingeschränkt und deren „Selbstregulierungsfähigkeit“ (Leopold, 2008, S. 281) erschwert, was zu neuen und stärkeren Abhängigkeitsverhältnissen zwischen Selbstverwaltung und der staatlichen Verwaltung führt (Höpfner, 2018).

Auftragsleistungen implizieren die Entscheidung, welche Gegenleistung für die Übertragung vorzusehen sind. Für das Jahr 2016 konnte zuvor aufgezeigt werden, dass der Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds nur einen Teil der Gesamtkosten für versicherungsfremde Leistungen ausgleicht. Um mit dieser Lücke umzugehen, wären drei Möglichkeiten denkbar:

- Der nicht ausgeglichene Betrag verbleibt als Beitragsfinanzierung praktisch ohne Gegenleistung.
- Der Steuerzuschuss wird um den fehlenden Betrag erhöht.
- Die versicherungsfremden Leistungen werden (zumindest im Umfang der ungedeckten Sphäre) durch andere Träger erbracht.

Die aktuelle Situation zeigt sich in einer Finanzierungslücke, die durch Beitragsgelder geschlossen wird. Wenn die These richtig ist, dass die Motivation eines Steuerzuschusses in das GKV-System in der Sicherung eines bestimmten Niveaus des (allgemeinen) Beitragssatzes liegt (Rürup, 2005), so müsste dieser je nach finanzieller Gesamtsituation des GKV-Systems in seiner Höhe variieren.<sup>24</sup> Dieser Flexibilität steht der politische Prozess der Haushaltsplanung des Bundes (auch in zeitlicher Hinsicht) entgegen. Alternativ kann die These aufgestellt werden, dass so lange versicherungsfremde Leistungen an das System übertragen werden, bis sich eine finanzielle Situation auf der Ebene des Gesundheitsfonds ergibt,<sup>25</sup> die eine politisch sensible Relevanz auf die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes aufweist. Aus dieser These könnte abgeleitet werden, warum gerade im Zuge der Abwendung COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen Mittel des Gesundheitsfonds (versicherungsfremd) herangezogen werden. Damit ist mit einer Erhöhung des Steuerzuschusses relativ unabhängig des tatsächlichen Ausmaßes versicherungsfremder Leistungen und auch nur zu rechnen, wenn politisch eine Erhöhung opportun erscheint. Dass die gesamte Deckungslücke geschlossen wird, ist aufgrund des dann fehlenden Zusammenhangs aus Leistung und Gegenleistung fraglich.

Mit der Schaffung des Gesundheitsfonds als „Sondervermögen des Bundes“ (Bundesregierung, 2016, o. S.) werden Beitragsmittel der GKV-Mitglieder durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) praktisch staatlich verwaltet. Die Aufgaben des BAS erschließen sich damit nicht nur in einer Aufsichtsfunktion. Die Möglichkeiten für staatliche Organisationen, sowohl Leistungen als auch Finanzierungsmittel

<sup>23</sup> Für die Formulierung der These solcher Übertragungstendenzen diene folgendes Beispiel: „Mit der heutigen Entscheidung setzen wir die Forderung des Bundesministers für Gesundheit nach Einschluss der Liposuktion um und schaffen eine Versorgungsmöglichkeit für Patientinnen mit Lipödem im Stadium III – notwendigerweise mit strengen Vorgaben zur Qualitätssicherung und zunächst befristet.“ (Lelgemann, 2019, S. 1).

<sup>24</sup> In den ersten Jahren seit seiner Einführung variierte der Steuerzuschuss in seiner Höhe (GKV-Spitzenverband, 2017). Seit dem Jahr 2017 liegt er stabil bei 14,5 Mrd. EUR (GKV-Spitzenverband, 2019) trotz gleichzeitig hohen Finanzreserven des Gesundheitsfonds.

<sup>25</sup> Seit Einführung des Gesundheitsfonds ist bei der Bewertung der finanziellen Situation des GKV-Systems zu differenzieren, ob die finanzielle Situation des Gesundheitsfonds oder die finanzielle Situation der Krankenkassen jeweils einzeln oder saldiert zur Bewertung der GKV heranzuziehen ist.

nach politischem Ermessen im System der GKV zu platzieren, führen zu einer Situation, in der Selbstverwaltung und Beitragsfinanzierung als historisch wesentliche Ausgestaltungselemente eines Sozialversicherungssystems nach bismarckscher Prägung in den Hintergrund rücken (können).

Die Durchführung versicherungsfremder Leistungen durch alternative Träger ist eine weitere Option im Umgang mit (neuen) Aufgaben und Themen. Das deutsche Gesundheitssystem<sup>26</sup> aber auch die öffentliche Verwaltung haben verschiedene Trägeralternativen vorzuweisen. Damit stehen geeignete Institutionen zur Verfügung, die sich um die Durchführung spezifischer Aufgaben kümmern können. Mit der Übertragung der Aufgaben kann auch die Frage nach einer konsistenten Finanzierung neu beantwortet werden. Wenn nur im Rahmen der ungedeckten Sphäre Leistungen zwischen verschiedenen Trägern verschoben würden, wäre in Abhängigkeit der Höhe des Steuerzuschusses und der jeweiligen Leistungen regelmäßig (neu) zu entscheiden, welche konkreten Aufgaben von welcher Instanz übernommen werden müssten.

Um eine Vermischung von Elementen eines staatlichen und eines Sozialversicherungssystems innerhalb des GKV-Gesundheitswesens zu vermeiden, ist es, auch bei unterstellt hoher Verwaltungseffizienz des Krankenversicherungssystems (Rürup, 2005) konsistent, sowohl die Finanzierung als auch die Durchführung der gesamten versicherungsfremden Leistungen außerhalb der Krankenversicherung zu platzieren. Für die Modellierung des Alternativszenarios wird nachfolgend unterstellt, dass keinerlei Aufwand der GKV für versicherungsfremde Leistungen (mehr) existiert.

---

<sup>26</sup> Die Gesundheitsausgaben in Deutschland tragen neben der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung auch Arbeitgeber, die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung, die soziale Pflegeversicherung, öffentliche sowie private Haushalte und Organisationen ohne Erwerbszweck.

## 4 Modellierung eines alternativen Finanzierungsszenarios

### 4.1 Methodisches Vorgehen bei der Modellierung

Die Modellierung basiert auf für die Untersuchung definierten Musterhaushalten. Sie sind Beispiele dafür, wie sich das zur Verfügung stehende Haushaltseinkommen bei Ansatz eines alternativen Finanzierungsszenarios verändert. Das Szenario ist so modelliert, dass eine Berechnung unterschiedlicher Lasten für einen definierten Personenkreis erfolgen kann. Dafür wurde modelltheoretisch angenommen, dass als alternatives Finanzierungssystem die Einkommensteuer<sup>27</sup> heranzuziehen ist.<sup>28</sup>

Annahme bei der Modellierung war, dass die erzielten Mehreinnahmen aus der Einkommensteuer allein für den Ausgleich des (gesamten) Aufwands für versicherungsfremde Leistungen eingesetzt werden. Die Simulationen erfolgten dabei unter Ansatz einer proportionalen Erhöhung der Einkommensteuer. Auch wenn per Definition keine Zweckbindung zwischen Erhebung und Verwendung von Steuern existiert, ist zumindest eine in diese Richtung gehende politische Argumentation nicht abwegig.<sup>29</sup>

Daneben wurde unterstellt, dass der Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds keine reale Verknüpfung zu dem Aufkommen versicherungsfremder Leistungen in der GKV aufweist. Vielmehr wird dieser vorliegend als politisches Instrument gewertet, das die Stabilisierung des (allgemeinen) Beitragssatzes bezweckt (Rürup, 2005) und einer gesonderten ordnungspolitischen Diskussion zu unterziehen ist. Hieraus folgt für die Modellierung, dass nicht nur der rechnerisch nicht durch Steuermittel gedeckte Anteil, sondern der gesamte Aufwand für versicherungsfremde Leistungen einer neuen Finanzierungsgrundlage unterzogen wird.

Für die Untersuchung wurde die Gesamtsumme der Beitragseinnahmen der GKV um den Umfang versicherungsfremder Leistungen im Jahr 2016 verringert. Die Differenz ergibt die notwendige Finanzierungssumme für originäre Versicherungsleistungen, was zur Ermittlung einer neuen notwendigen Beitragshöhe in der GKV führt. Analog bildet die Differenz zwischen tatsächlichem und notwendigem Einkommensteueraufkommen die Berechnungsgrundlage einer Steuererhöhung. Die aus den angepassten Beitrags- und Steuersätzen entstehenden neuen Haushaltsbelastungen werden mit den Belastungen zum Status quo verglichen. Die Wirkungen der zwei Finanzierungsweisen für versicherungsfremde Leistungen sind so vergleichbar und die daraus resultierende Be- oder Entlastung der jeweiligen Musterhaushalte quantifizierbar.

### 4.2 Auswahl des alternativen Finanzierungsinstruments

Infolge des Vielsteuersystems in Deutschland gibt es zahlreiche Steuern, die als Finanzierungsgrundlage versicherungsfremder Leistungen diskutiert werden können. Unter Beachtung der unter Gliederungspunkt 3.2 vorgenommenen Einschränkung auf Bundes- oder Gemeinschaftsteuern ist die Überprüfung fokussierbar. Wesentliche Parameter zur Überprüfung bieten daneben das Leistungsfähigkeitsprinzip<sup>30</sup> oder (in dem Bewusstsein einer fehlenden Zweckbindung) hilfsweise auch das gruppenbezogene Äquivalenzprinzip, gemessen an der Steuerträgerschaft.

<sup>27</sup> Unter Einkommensteuer wurde die Lohnsteuer mit gefasst. Der Solidaritätszuschlag blieb außen vor.

<sup>28</sup> Das verwendete Modell berücksichtigt ausschließlich eine Steuerfinanzierung über die Einkommensteuer oder eine Beitragsfinanzierung. Damit wurden weitere Möglichkeiten zur Erzielung staatlicher Einnahmen nicht herangezogen.

<sup>29</sup> So war eine solche Zweckbindung beispielsweise bei der Erhöhung der Tabaksteuer im Jahr 2004 vorgetragen worden (van Deuverden, 2004).

<sup>30</sup> Im Kontext des Leistungsfähigkeitsprinzips erscheint besonders relevant, inwieweit besondere Umverteilungsinstrumente bereits in der potenziellen Alternative eingerichtet sind.

Indirekte Steuern wirken unabhängig der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit von Steuerpflichtigen. Damit können keine individuellen (ökonomischen) Verhältnisse der Steuerpflichtigen Berücksichtigung finden, was die Anwendung des Leistungsfähigkeitsprinzips praktisch ausschließt. Indirekte Steuern wurden als alternatives Finanzierungsinstrument für versicherungsfremde Leistungen nachfolgend nicht weiter berücksichtigt.

Bei direkten Steuern wäre über die Erhöhung von Bundessteuern nachzudenken, wozu z. B. die Kraftfahrzeugsteuer oder der Solidaritätszuschlag<sup>31</sup> gehören. Bei beiden Instrumenten weicht der Kreis der Nutznießer versicherungsfremder Leistungen ab von dem, der die Finanzierungslast trägt,<sup>32</sup> was eine kollektive Äquivalenz konterkariert. Der Solidaritätszuschlag ist aber auch aufgrund des historischen Hintergrunds seiner Implementierung und der damit zumindest namens- und begründungsgebenden „Zweckbindung“ sowie seiner künftigen Reduzierung,<sup>33</sup> keine Alternative zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen.

Auch direkte Gemeinschaftsteuern können hinsichtlich ihrer Eignung als alternatives Finanzierungsinstrument überprüft werden. Die Körperschaftsteuer bspw. gilt für erwirtschaftete Gewinne juristischer Personen, anderen Personenvereinigungen und Vermögensmassen. Die Abzugsteuer fällt bei inländischen Einkünften an, die von Personen ohne Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland erzielt werden. Wenn die Mehreinnahmen durch die Erhöhung einer dieser Steuern für die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen verwendet werden, kommt es auch hier zu einer (weiteren) Abweichung der Gruppen von Nutznießern und Finanzierungsträgern.

Für die vorliegende Untersuchung wurde das Einkommensteuersystem als Erhebungsinstrument zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen ausgewählt. Der Kreis aus potenziellen Nutznießern und Trägern der Finanzierungslasten erscheint hier vergleichsweise passend. Neben der ohnehin schon bedeutsamen Höhe des Aufkommens aus dieser Steuerart, wird aufgrund des umfangreichen Systems an etablierten Umverteilungsinstrumenten das Leistungsfähigkeitsprinzip in besonderem Maße bedient (Tipke et al., 2018). Damit könnten die etablierten Mechanismen auch für den Zusammenhang der versicherungsfremden Leistungen Anwendung finden – ohne ein anderes System um solche Elemente zu erweitern oder eben auf diese in alternativen Finanzierungssystemen zu verzichten.

Die zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen notwendige Erhöhung der Einkommensteuer kann proportional oder progressiv erfolgen. Eine proportionale Erhöhung aller Steuersätze der Einkommensteuer um den gleichen Satz stellt keine Verletzung des Leistungsfähigkeitsprinzips dar. Die Kurve des Grenz- und Durchschnittssteuersatzes würde parallel nach oben verschoben.<sup>34</sup> Gleichwohl würde ein progressiver Verlauf des Tarifs<sup>35</sup> das Leistungsfähigkeitsprinzip noch stärker umsetzen können, was sich in einer systematischen Verstärkung möglicher Effekte der Umstellung zeigen sollte. Für die Modellierung systematischer Effekte erscheint der proportionale Ansatz jedoch ausreichend.

<sup>31</sup> Der Solidaritätszuschlag ist eine Zuschlagsteuer zur Einkommen- und Körperschaftsteuer und basiert auf dem Gesetz zur Umsetzung des föderalen Konsolidierungsprogramms von 1993 zur Finanzierung der Einheit Deutschlands.

<sup>32</sup> Relevant für die getroffene Einschätzung ist bspw. auch, dass die Steuerträger bei der Kraftfahrzeugsteuer und dem Solidaritätszuschlag nicht nur natürliche Personen sind.

<sup>33</sup> Gemäß den Plänen der Bundesregierung wird ab 2021 der teilweise Wegfall des Solidaritätszuschlags mittlere und untere Einkommen entlasten (Regierungskoalition, 2018). Nach kontroversen Diskussionen über die Beibehaltung bzw. die Abschaffung des Solidaritätszuschlags nach Ende des Solidarpakts erfolgt die Einführung einer Freigrenze mit Gleitzone.

<sup>34</sup> Voraussetzung der Verschiebung der Kurve ist, dass tatsächlich ein zu versteuerndes Einkommen existiert.

<sup>35</sup> Dies wäre der Fall, wenn höhere Steuersätze um einen größeren Faktor und niedrigere Steuersätze um einen geringeren Faktor erhöht würden.

Praktisch wäre vorstellbar, eine (zumindest als solche kommunizierte) zweckgebundene Zuschlagsteuer als Ergänzungsabgabe für versicherungsfremde Leistungen der GKV<sup>36</sup> zu implementieren, die in das Einkommensteuersystem integriert wird und damit alle Ausgestaltungselemente dieses Systems übernimmt. Die Ergänzungsabgabe würde dann mit familienpolitischem und gesamtgesellschaftlichem Interesse (auch politisch) begründbar sein und hätte analog zum Solidaritätszuschlag gleichzeitig eine gewisse (zumindest kommunikativ herstellbare) Zweckbindung implementiert.<sup>37</sup> Die hier vorgeschlagene pragmatische Lösung würde den Progressionsverlauf über alle Einkommen proportional erhöhen. Allerdings reicht aus ordnungspolitischer Sicht nicht aus, allein diese Steuererhöhung umzusetzen. Vielmehr ist die Durchführung der versicherungsfremden Leistungen gemäß der oben besprochenen Konsistenzbedingung unter Finanzierung aus Mitteln der Einkommensteuer aus dem Krankenversicherungssystem herauszulösen.

### 4.3 Auswahl der Musterhaushalte

Zur Berechnung der Verteilungswirkungen einer alternativen Finanzierung bedarf es konkreter Haushaltstypen, die für die vorliegende Betrachtung relevant sind. Die Abgrenzung der Musterhaushalte folgte der Intention, möglichst heterogene Untersuchungsobjekte zu definieren, die eine gute Abbildung unterschiedlicher, aber systematischer Wirkungen zulassen. Die Hinzuziehung weiterer bzw. anderer Musterhaushalte ist entsprechend anderer Auswahlintentionen möglich. Folgende Musterhaushalte wurden untersucht:

- Alleinstehende Person
- Gutverdienendes Ehepaar, keine Kinder
- Vierköpfige Familie
- Alleinerziehende Person, ein Kind
- Alleinstehende Person mit Bezug von Altersrente
- Ehepaar mit Bezug von Altersrente

Grundlage für die Betrachtung bildeten Daten aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe und dem Statistischen Jahrbuch. Den Musterhaushalten wurden folgende Parameter zugeordnet:

- Anzahl der Arbeitnehmer bzw. Bezieher von Altersrente im Haushalt
- Anteil des höheren Einkommens am Haushaltsgesamteinkommen
- Summe der Bruttoeinkünfte (Arbeitsentgelt oder Altersrente)
- Im Falle des Bezugs von Altersrente auch das Renteneintrittsjahr

Für die Einkünfte der Haushalte sind ausschließlich Einnahmen aus unselbstständiger Arbeit berücksichtigt, die in regulären sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen erzielt werden (Arbeitsentgelt) oder aus gesetzlichen Ansprüchen aus Altersrente resultieren. Die jeweiligen Haushaltseinkommen sind so gewählt, dass eine Heterogenität bei Be- und Entlastungswirkungen entsteht.

<sup>36</sup> Auch wenn andere Sozialversicherungszweige ebenfalls mit dem Problem versicherungsfremder Leistungen konfrontiert sind, thematisiert die Modellierung allein versicherungsfremde Leistungen in der GKV. Der hier vorgestellte Ansatz ist jedoch grundsätzlich auch auf andere Sozialversicherungszweige übertragbar – entweder als Ergänzungsabgaben für die jeweiligen Zweige oder als übergreifende Ergänzungsabgabe für alle Zweige zusammen.

<sup>37</sup> Der aktuell über den Bundeszuschuss nach § 221 SGB V aus allgemeinen Steuermitteln finanzierte Betrag könnte – vorerst unabhängig einer ordnungspolitischen Wertung – modelltheoretisch entweder zur Finanzierung weiterhin herangezogen oder aber gänzlich auf das neue System verlagert werden.

#### 4.4 Annahmen für die Simulationen

Zur Ermittlung des zu versteuernden Einkommens als Bemessungsgrundlage für die Einkommensteuer waren verschiedene Annahmen zu formulieren, die sich auf das Vorliegen unterschiedlicher Einflussfaktoren auf die Berechnung des zu versteuernden Einkommens beziehen. Alle Annahmen zu einem Musterhaushalt wurden so allgemein wie möglich gehalten, um eine größtmögliche Vergleichbarkeit der Verteilungswirkungen zu gewährleisten.

Grundsätzlich wurde angenommen, dass die jeweiligen Haushaltstypen alle pauschal infrage kommenden steuerlichen Absetzungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen. Für jeden Arbeitnehmer eines Musterhaushalts waren Werbungskosten in Höhe des Arbeitnehmerpauschbetrags für 2016 anzunehmen. Für jeden Rentenbezieher eines Haushalts wurde der entsprechende Pauschbetrag angesetzt.

Alle Haushalte mit Beziehern von Altersrenten generieren annahmegemäß, keine zusätzlichen Einkünfte über die gesetzliche Rente hinaus. Entsprechend ist für diese Haushalte der Altersentlastungsbetrag irrelevant. Für den Musterhaushalt Alleinerziehende Person, ein Kind wurde hingegen der Entlastungsbetrag für Alleinerziehende des Jahres 2016 einbezogen. Freibeträge für Land- und Forstwirte blieben außerhalb der Betrachtung.

Die steuerliche Absetzbarkeit von Sonderausgaben wurde insoweit berücksichtigt, dass für andere Sonderausgaben der Pauschbetrag angesetzt wurde. Weitere Sonderausgaben (z. B. die Kirchensteuer, Kinderbetreuungskosten oder Spenden) blieben bei den Modellrechnungen außen vor.

Bei Vorsorgeaufwendungen begrenzten sich die Aufwendungen für Altersvorsorge bei den relevanten Musterhaushalten auf Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Diese wurden steuerlich im Jahr 2016 zu 82 Prozent, abzüglich des Arbeitgeberanteils, berücksichtigt. Die haushaltsindividuellen Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung sind in voller Höhe enthalten; Beiträge für Arbeitslosenversicherung nur dann, wenn der Vorsorgehöchstbetrag noch nicht erreicht ist. Die Krankenkassenbeiträge wurden durchgängig mit dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 2016 angesetzt. Für die Beiträge zur Pflegeversicherung bestand die Annahme, dass der Beschäftigungsort der Haushaltsmitglieder nicht in Sachsen liegt. Darüber hinaus wurden keine sonstigen steuerlich absetzbaren Versicherungen, außergewöhnliche Belastungen oder Erstattungsüberhänge gemäß § 10 Abs. 4b Einkommensteuergesetz (EstG) angenommen.

Für die Frage, inwieweit der Kinderfreibetrag inklusive Betreuungs-, Erziehungs- und Ausbildungsbedarf für das Jahr 2016 Berücksichtigung fand, erfolgte eine Günstigerprüfung. Der Solidaritätszuschlag ist in den Betrachtungen enthalten. Für Paarmaushalte wurde angenommen, dass es sich um verheiratete Ehepartner handelt, so dass das Ehegattensplitting anzuwenden war.

Im Kontext der Bestimmung der neuen notwendigen Einkommensteuer im Modell der alternativen Finanzierung war ein grundlegendes Hindernis zu diskutieren. Durch die Abzugsfähigkeit der GKV-Beiträge wird das Aufkommen der Einkommensteuer trotz gleichbleibendem Steuersatz mit Absenkung des Beitragssatzes erhöht. Durch die Absenkung der Krankenkassenbeiträge werden zugleich auch diejenigen Beträge angepasst, die im Rahmen der Vorsorgeaufwendungen das zu versteuernde Einkommen verringern. Das führt zu einer Erhöhung der durch die Haushalte zu entrichtenden Einkommensteuer. Welchen Umfang die Erhöhung konkret hat, ist durch das vorliegende Modell nicht erhebbar. Hierfür wäre nur eine globale Steuerschätzung hinreichend aussagefähig.

Grundsätzlich wäre der neu notwendige Finanzierungsbetrag um die Einkommensteuererhöhung aufgrund der Senkung der GKV-Beiträge zu reduzieren. Um die schwer quantifizierbare Wechselwirkung

zwischen Krankenkassenbeiträgen und dem zu versteuernden Einkommen einzubinden, erfolgte die Berechnung in einem Ergebniskorridor, der einen realistischen minimalen und einen maximalen Wert der Anpassung des haushaltsindividuellen Einkommensteueraufkommens als Endpunkte definiert.

#### 4.5 Berechnung der neuen Beitrags- und Steuersätze

Das Bezugsjahr für die Modellierung ist 2016. Bei Ansatz der unter Absatz 3.1 vorgenommenen Abgrenzung, sind insgesamt 56,5 Mrd. EUR als versicherungsfremde Leistungen zu berücksichtigen.

Zunächst ist allgemein zu bestimmen, um welchen Anteil das bisherige Beitragsaufkommen in der GKV zu senken wäre, wenn eine vollständige Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen über Mittel aus dem Einkommensteuersystem erfolgt. Die Beitragseinnahmen der GKV im Jahr 2016 betragen 205,8 Mrd. EUR (BMG, 2017). Abzüglich der zukünftig über Steuermittel zu finanzierenden versicherungsfremden Leistungen i. H. v. 56,5 Mrd. EUR verbleibt ein neu benötigtes Beitragsvolumen von 149,3 Mrd. EUR für originäre GKV-Leistungen, was einer Absenkung des Beitragsvolumens auf ca. 72,6 Prozent entspricht.

Die Beitragsregelungen des Jahres 2016 sehen neben einem paritätisch getragenen allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent auch einen durchschnittlichen krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrag von 1,1 Prozent vor. Das neue notwendige Beitragsvolumen impliziert einen neuen ausgabendeckenden Beitragssatz, der von 15,7 Beitragssatzpunkten auf ca. 11,4 Beitragssatzpunkte sinkt. Die krankenkassenindividuellen Zusatzbeiträge trugen im Jahr 2016 allein die Arbeitnehmer, was dazu führt, dass die Entlastung für Arbeitnehmer nach vorliegendem Ansatz anteilig höher ausfällt.<sup>38</sup>

Die durch Absenkung des ausgabendeckenden Beitragssatzes induzierte Entlastung der Musterhaushalte ist durch den Vergleich der haushaltsindividuellen Krankenkassenbeiträge im Status quo mit denen des Modells des alternativen Finanzierungsszenarios identifizierbar. Sowohl die Bruttobeiträge als auch die Nettobeiträge sind bei diesem Ansatz zu berücksichtigen. Als Bruttobeiträge gelten die durch die Musterhaushalte direkt an die GKV gezahlten Arbeitnehmerbeiträge gemäß dem durchschnittlichen ausgabendeckenden Beitragssatz i. H. v. 8,4 Prozent (Status quo) bzw. ca. 6,2 Prozent (neu nach Modellrechnung). Als Nettobeiträge gilt die Differenz zwischen den Bruttobeiträgen und den Einkommensteuereinsparungen, die durch Absetzung der Krankenkassenbeiträge bei der Einkommensteuerberechnung induziert sind.

Zur Refinanzierung der Verschiebung aus dem Krankenversicherungssystem ist eine Erhöhung des Steueraufkommens simuliert, was durch eine Vergrößerung der Einnahmen aus dem Einkommensteuersystem zu erreichen ist. Die benötigte Erhöhung des Einkommensteueraufkommens fußt auf der Betrachtung der Gesamteinnahmen der Bundesrepublik Deutschland aus der Einkommensteuer im Jahr 2016 i. H. v. 238,7 Mrd. EUR (BMF – Bundesministerium für Finanzen, 2018). Dieser Betrag musste um die Summe der zusätzlich zu finanzierenden versicherungsfremden Leistungen i. H. v. 56,5 Mrd. EUR erhöht werden, wodurch sich ein benötigter Gesamtbetrag aus der Einkommensteuer von 295,2 Mrd. EUR ergibt.

Das aktuelle Einkommensteueraufkommen wäre nach dieser Herangehensweise um 23,7 Prozent zu erhöhen, was – wegen der nicht quantifizierbaren Wechselwirkung zwischen Krankenkassenbeiträgen

<sup>38</sup> Für die Bestimmung der Veränderung der Entlastung der Krankenkassenbeiträge der Musterhaushalte wird nachfolgend nur der arbeitnehmerseitig zu tragende Beitragsanteil berücksichtigt.

und dem zu versteuernden Einkommen – den Höchstwert des angesetzten Korridors bildet. Die Untergrenze des Korridors ist mit 18,7 Prozent verhältnismäßig niedrig angesetzt, sodass ein ausreichender Spielraum für tatsächliche Werte innerhalb des Korridors gegeben ist.

Die durch die Anhebung des neu benötigten Einkommensteueraufkommens ausgelöste Belastung bei der zu zahlenden Einkommensteuer wird für die Musterhaushalte erhoben, indem die haushaltsindividuelle Einkommensteuerbelastung im Status quo mit der erhöhten Einkommensteuer im Modell des alternativen Finanzierungsszenarios verglichen wird.

## 5 Verteilungswirkungen für die Musterhaushalte

### 5.1 Abbildung der Verteilungswirkungen

Die Simulationsergebnisse sind in **Tabelle 3** bis **Tabelle 11** aufgeführt. Gemäß der Haushaltsabgrenzungen unter 4.3 sind für die einzelnen Musterhaushalte der Arbeitnehmer (Tabelle 3 bis **Tabelle 9**) die ersten drei Zeilen und der Rentenbezieher (**Tabelle 10** und Tabelle 11) die ersten vier Zeilen die Ausgangswerte als gegeben gesetzt. Zu diesen Ausgangswerten sind in den jeweils folgenden Zeilen die Belastungen aus Beitrags- und Einkommensteuerfinanzierung unter Berücksichtigung der unter Absatz 4.5 vorgenommenen Unterscheidung in Brutto- und Nettobeiträge ausgewiesen.

Die Gesamtfinanzwirkung gibt die Be- oder Entlastung an der unteren (18,7 Prozent) bzw. oberen (23,7 Prozent) Grenze des Korridors an. Sie wird gebildet als Saldo zwischen der Einkommensteuerbelastung und der Entlastung im Nettokrankenkassenbeitrag. Der Break-Even-Point gibt an, bei welcher Höhe der Einkünfte für den jeweiligen Musterhaushalt unter den Modellannahmen eine Entlastung von 0 EUR durch die alternative Finanzierung entsteht. Arbeitsentgelte oberhalb dieser haushaltsindividuellen Grenze werden durch eine Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen mehr belastet als unter der Bedingung einer Beitragsfinanzierung. Dieser Break-Even-Point ist sowohl für die Ober- als auch für die Untergrenze des unter 4.5 bestimmten Korridors angegeben.

### 5.2 Simulationen für Musterhaushalte von Arbeitnehmern ohne Kinder

Der in nachfolgender Tabelle 3 dargestellte Musterhaushalt einer alleinstehenden Person verfügt als Singlehaushalt über ein jährliches Arbeitsentgelt i. H. v. 30.000,00 EUR, was für den Status quo unter den beschriebenen Modellannahmen zu einem zu versteuernden Einkommen von 24.322,00 EUR führt. Für den Nettokrankenkassenbeitrag ergibt sich im Rahmen des Modells eine Entlastung um 499,84 EUR pro Jahr. Demgegenüber steht eine Einkommensteuermehrbelastung von 931,21 EUR (untere Grenze des Korridors) bzw. 1.128,86 EUR (obere Grenze des Korridors). In der Gesamtwirkung muss der beschriebene Singlehaushalt mit einer Mehrbelastung zwischen 431,37 EUR und 629,02 EUR rechnen. Ein-Personenhaushalte mit einem Jahresarbeitsentgelt unterhalb von 22.600,00 EUR bzw. 20.850,00 EUR werden hingegen entlastet.

Entsprechend ergibt sich bei einem identischen Haushalt mit einem jährlichen Arbeitsentgelt i. H. v. 60.000,00 EUR pro Jahr und Haushalt (**Tabelle 4**) eine Mehrbelastung zwischen 2.225,70 EUR und 2.888,90 EUR pro Jahr. Der Break-Even-Point ist modellgemäß bei den beiden Haushalten identisch.

Alleinstehende Person			
Anzahl der Arbeitnehmer im Haushalt			1
Anteil des höheren Einkommens am Gesamteinkommen			100 %
Summe der Bruttoeinkünfte aus Arbeitsentgelt			30.000,00 EUR
	Beitrags- finanzierung	Einkommen- steuerfinanzierung	Differenz
Krankenkassenbeitrag Brutto	2.520,00 EUR	1.828,16 EUR	-691,84 EUR
Krankenkassenbeitrag Netto	1.944,00 EUR	1.444,16 EUR	-499,84 EUR
zu versteuerndes Einkommen	24.322,00 EUR	24.986,00 EUR	664,00 EUR
EkSt. Erhöhung um 18,7 %	3.761,00 EUR	4.692,21 EUR	931,21 EUR
EkSt. Erhöhung um 23,7 %	3.761,00 EUR	4.889,86 EUR	1.128,86 EUR
Finanzierungskorridor		Untergrenze	Obergrenze
Gesamtfinanzwirkung (absolut)		431,37 EUR	629,02 EUR
Gesamtfinanzwirkung (relativ zu Summe Bruttoeinkünfte)		1,44 %	2,10 %
Break-Even-Point		22.600,00 EUR	20.850,00 EUR

**Tabelle 3:** Simulationsergebnisse für eine alleinstehende Person mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 30.000,00 EUR pro Jahr<sup>39</sup>

Alleinstehende Person			
Anzahl der Arbeitnehmer im Haushalt			1
Anteil des höheren Einkommens am Gesamteinkommen			100 %
Summe der Bruttoeinkünfte aus Arbeitsentgelt			60.000,00 EUR
	Beitrags- finanzierung	Einkommen- steuerfinanzierung	Differenz
Krankenkassenbeitrag Brutto	4.271,40 EUR	3.098,74 EUR	-1.172,66 EUR
Krankenkassenbeitrag Netto	2.951,40 EUR	2.237,74 EUR	-713,66 EUR
zu versteuerndes Einkommen	50.418,00 EUR	51.543,00 EUR	1.125,00 EUR
EkSt. Erhöhung um 18,7 %	12.805,00 EUR	15.744,37 EUR	2.939,37 EUR
EkSt. Erhöhung um 23,7 %	12.805,00 EUR	16.407,57 EUR	3.602,57 EUR
Finanzierungskorridor		Untergrenze	Obergrenze
Gesamtfinanzwirkung		2.225,70 EUR	2.888,90 EUR
Gesamtfinanzwirkung (relativ zu Summe Bruttoeinkünfte)		3,71 %	4,81 %
Break-Even-Point		22.600,00 EUR	20.850,00 EUR

**Tabelle 4:** Simulationsergebnisse für eine alleinstehende Person mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 60.000,00 EUR pro Jahr<sup>40</sup>

<sup>39</sup> Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Einkommensteuer (EkSt.).

<sup>40</sup> Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Einkommensteuer (EkSt.).

**Tabelle 5** zeigt die Modellwirkungen für ein gutverdienendes Ehepaar ohne Kinder mit einem gemeinsamen Arbeitsentgelt i. H. v. 100.000,00 EUR. Zur Verteilung des Einkommens steht als Annahme, dass der besserverdienende Ehepartner 70 Prozent des Haushaltseinkommens beisteuert, wodurch für diesen Einkommensanteil bereits die BBG bei der Berechnung der Krankenkassenbeiträge zu berücksichtigen ist. Auf der Beitragsseite wird das Gutverdiener-Ehepaar netto um 1.202,50 EUR entlastet. Die benötigte Einkommensteuererhöhung führt zu einer Mehrbelastung von 4.358,24 EUR bzw. 5.346,54 EUR. Im Saldo muss das Ehepaar mit einer jährlichen Mehrbelastung von 3.155,74 EUR bis zu 4.144,04 EUR rechnen. Identische Haushalte mit Einkünften unterhalb von 36.200,00 EUR bzw. 33.400,00 EUR könnten hingegen mit einer Entlastung rechnen.

Wenn das Haushaltseinkommen derselben Höhe nur von einem Arbeitnehmer erwirtschaftet wird (**Tabelle 6**), führt der niedrigere Break-Even-Point bereits bei einer geringeren Höhe des Arbeitsentgelts (34.450,00 EUR bzw. 31.900,00 EUR) zu einer Belastung der alternativen Finanzierung. Dieser Effekt entsteht, weil die Einsparung der Krankenversicherungsbeiträge aufgrund der BBG dort geringer ist als in den Haushalten, in denen zwei Arbeitnehmer Krankenversicherungsbeiträge zahlen (müssen).

<b>Gutverdienendes Ehepaar, keine Kinder</b>			
Anzahl der Arbeitnehmer im Haushalt			2
Anteil des höheren Einkommens am Gesamteinkommen			70 %
Summe der Bruttoeinkünfte aus Arbeitsentgelt			100.000,00 EUR
	<b>Beitragsfinanzierung</b>	<b>Einkommensteuerfinanzierung</b>	<b>Differenz</b>
Krankenkassenbeitrag Brutto	6.791,40 EUR	4.926,90 EUR	-1.864,50 EUR
Krankenkassenbeitrag Netto	4.919,40 EUR	3.716,90 EUR	-1.202,50 EUR
zu versteuerndes Einkommen	83.999,00 EUR	85.789,00 EUR	1.790,00 EUR
EkSt. Erhöhung um 18,7 %	19.104,00 EUR	23.462,24 EUR	4.358,24 EUR
EkSt. Erhöhung um 23,7 %	19.104,00 EUR	24.450,54 EUR	5.346,54 EUR
<b>Finanzierungskorridor</b>		<b>Untergrenze</b>	<b>Obergrenze</b>
Gesamtfinanzwirkung		3.155,74 EUR	4.144,04 EUR
Gesamtfinanzwirkung (relativ zu Summe Bruttoeinkünfte)		3,16 %	4,14 %
Break-Even-Point		36.200,00 EUR	33.400,00 EUR

**Tabelle 5:** Simulationsergebnisse für ein gutverdienendes Ehepaar mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 100.000,00 EUR pro Jahr und Haushalt (zwei Arbeitnehmer)<sup>41</sup>

<sup>41</sup> Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Einkommensteuer (EkSt.).

<b>Gutverdienendes Ehepaar, keine Kinder</b>			
Anzahl der Arbeitnehmer im Haushalt			1
Anteil des höheren Einkommens am Gesamteinkommen			100 %
Summe der Bruttoeinkünfte aus Arbeitsentgelt			100.000,00 EUR
	<b>Beitrags- finanzierung</b>	<b>Einkommen- steuerfinanzierung</b>	<b>Differenz</b>
Krankenkassenbeitrag Brutto	4.271,40 EUR	3.098,74 EUR	-1.172,66 EUR
Krankenkassenbeitrag Netto	3.279,40 EUR	2.534,74 EUR	-744,66 EUR
zu versteuerndes Einkommen	88.950,00 EUR	90.076,00 EUR	1.126,00 EUR
EkSt. Erhöhung um 18,7 %	20.950,00 EUR	25.375,69 EUR	4.425,69 EUR
EkSt. Erhöhung um 23,7 %	20.950,00 EUR	26.444,59 EUR	5.494,59 EUR
<b>Finanzierungskorridor</b>		<b>Untergrenze</b>	<b>Obergrenze</b>
Gesamtfinanzwirkung		3.681,02 EUR	4.749,92 EUR
Gesamtfinanzwirkung (relativ zu Summe Bruttoeinkünfte)		3,68 %	4,75 %
Break-Even-Point		34.450,00 EUR	31.900,00 EUR

**Tabelle 6:** Simulationsergebnisse für ein gutverdienendes Ehepaar mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 100.000,00 EUR pro Jahr und Haushalt (ein Arbeitnehmer)<sup>42</sup>

<sup>42</sup> Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Einkommensteuer (EkSt.).

### 5.3 Simulationen für Musterhaushalte von Arbeitnehmern mit Kindern

**Tabelle 7** zeigt die Wirkung für eine alleinerziehende Person mit einem jährlichen Arbeitsentgelt i. H. v. 20.000,00 EUR pro Haushalt. Ein Haushalt dieser Art wird auch bei Nichtberücksichtigung des Kinderfreibetrags durch eine Einkommensteuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen entlastet. Der Verringerung des Nettokrassenbeitrags um 414,22 EUR steht eine Erhöhung der Belastung durch die Einkommensteuer zwischen 246,90 EUR bzw. 300,35 EUR gegenüber. Die entlastende Gesamtfinanzierungswirkung für diesen Haushaltstyp bewegt sich zwischen 167,32 EUR und 113,87 EUR pro Jahr. Alleinerziehende Personen mit einem jährlichen Arbeitsentgelt unterhalb von 24.300,00 EUR bzw. 23.100,00 EUR werden durch eine Einkommensteuerfinanzierung entlastet, was durch den Break-Even-Point abgebildet ist.

Alleinerziehende Person, ein Kind			
Anzahl der Arbeitnehmer im Haushalt			1
Anteil des höheren Einkommens am Gesamteinkommen			100 %
Summe der Bruttoeinkünfte aus Arbeitsentgelt			20.000,00 EUR
	Beitragsfinanzierung	Einkommensteuerfinanzierung	Differenz
Krankenkassenbeitrag Brutto	1.680,00 EUR	1.218,78 EUR	-461,22 EUR
Krankenkassenbeitrag Netto	1.347,00 EUR	932,78 EUR	-414,22 EUR
zu versteuerndes Einkommen	13.959,00 EUR	14.154,00 EUR	195,00 EUR
EkSt. Erhöhung um 18,7 %	1.022,00 EUR	1.268,90 EUR	246,90 EUR
EkSt. Erhöhung um 23,7 %	1.022,00 EUR	1.322,35 EUR	300,35 EUR
Finanzierungskorridor		Untergrenze	Obergrenze
Gesamtfinanzwirkung		-167,32 EUR	-113,87 EUR
Gesamtfinanzwirkung (relativ zu Summe Bruttoeinkünfte)		-0,84 %	-0,57 %
Break-Even-Point		24.300,00 EUR	23.100,00 EUR

**Tabelle 7:** Simulationsergebnisse für eine alleinerziehende Person mit einem Kind<sup>43</sup>

<sup>43</sup> Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Einkommensteuer (EkSt.).

**Tabelle 8** fasst die Ergebnisse für einen Haushalt zusammen, der aus einer vierköpfigen Familie besteht und ein jährliches gemeinsames Arbeitsentgelt i. H. v. 30.000,00 EUR erwirtschaftet. Das Arbeitsentgelt wird nur von einer Arbeitnehmerin (oder einem Arbeitnehmer) generiert. Für den Nettokranken-kassenbeitrag ergibt sich für diesen Haushalt eine Entlastung von 549,84 EUR pro Jahr. Die Belastung durch die Erhöhung der Einkommensteuer beträgt zwischen 399,31 EUR und 468,11 EUR. Dement-sprechend beträgt die Entlastung dieses Haushalts zwischen 150,53 EUR und 81,72 EUR.

Für einen identischen Haushalt mit einem jährlichen Arbeitsentgelt i. H. v. 40.000,00 EUR (Tabelle 9) ergibt sich eine jährliche Mehrbelastung zwischen 176,31 EUR und 350,31 EUR. Für Haushalte mit Kin-dern sind die – im Modell nicht weiter berücksichtigten – Einnahmen aus dem Kindergeld im Status quo mehr wert als die Anrechnung der Kinderfreibeträge. Eine tiefgehende Bewertung unter Berück-sichtigung einer erneuten Günstigerprüfung unter den Bedingungen der Einkommensteuerfinanzie-rung versicherungsfremder Leistungen wäre in einem weiteren Schritt zu ergänzen. Ohne eine solche (erneute) Prüfung liegt der Break-Even-Point für eine vierköpfige Familie bei einem Jahresarbeitsent-gelt i. H. v. 34.450,00 EUR bzw. 31.900,00 EUR.

<b>Vierköpfige Familie</b>			
Anzahl der Arbeitnehmer im Haushalt			1
Anteil des höheren Einkommens am Gesamteinkommen			100 %
Summe der Bruttoeinkünfte aus Arbeitsentgelt			30.000,00 EUR
	<b>Beitrags- finanzierung</b>	<b>Einkommen- steuerfinanzierung</b>	<b>Differenz</b>
Krankenkassenbeitrag Brutto	2.520,00 EUR	1.828,16 EUR	-691,84 EUR
Krankenkassenbeitrag Netto	2.086,00 EUR	1.536,16 EUR	-549,84 EUR
zu versteuerndes Einkommen	24.361,00 EUR	25.025,00 EUR	664,00 EUR
EkSt. Erhöhung um 18,7 %	1.234,00 EUR	1.633,31 EUR	399,31 EUR
EkSt. Erhöhung um 23,7 %	1.234,00 EUR	1.702,11 EUR	468,11 EUR
<b>Finanzierungskorridor</b>		<b>Untergrenze</b>	<b>Obergrenze</b>
Gesamtfinanzwirkung		-150,53 EUR	-81,72 EUR
Gesamtfinanzwirkung (relativ zu Summe Bruttoeinkünfte)		-0,50 %	-0,27 %
Break-Even-Point		34.450,00 EUR	31.900,00 EUR

**Tabelle 8:** Simulationsergebnisse für eine vierköpfige Familie mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 30.000,00 EUR pro Jahr und Haushalt (ein Arbeitnehmer)<sup>44</sup>

<sup>44</sup> Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Einkommensteuer (EkSt.).

<b>Vierköpfige Familie</b>			
Anzahl der Arbeitnehmer im Haushalt			1
Anteil des höheren Einkommens am Gesamteinkommen			100 %
Summe der Bruttoeinkünfte aus Arbeitsentgelt			40.000,00 EUR
	<b>Beitrags- finanzierung</b>	<b>Einkommen- steuerfinanzierung</b>	<b>Differenz</b>
Krankenkassenbeitrag Brutto	3.360,00 EUR	2.437,55 EUR	-922,45 EUR
Krankenkassenbeitrag Netto	2.690,00 EUR	1.991,55 EUR	-698,45 EUR
zu versteuerndes Einkommen	32.838,00 EUR	33.724,00 EUR	886,00 EUR
EkSt. Erhöhung um 18,7 %	3.256,00 EUR	4.130,76 EUR	874,76 EUR
EkSt. Erhöhung um 23,7 %	3.256,00 EUR	4.304,76 EUR	1.048,76 EUR
<b>Finanzierungskorridor</b>		<b>Untergrenze</b>	<b>Obergrenze</b>
Gesamtfinanzwirkung		176,31 EUR	350,31 EUR
Gesamtfinanzwirkung (relativ zu Summe Bruttoeinkünfte)		0,44 %	0,88 %
Break-Even-Point		34.450,00 EUR	31.900,00 EUR

**Tabelle 9:** Simulationsergebnisse für eine vierköpfige Familie mit einem Arbeitsentgelt i. H. v. 40.000,00 EUR pro Jahr und Haushalt (ein Arbeitnehmer)<sup>45</sup>

<sup>45</sup> Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Einkommensteuer (EkSt.).

## 5.4 Simulationen für die Musterhaushalte der Rentner

Zwei Musterhaushalte thematisieren beispielhaft die Bezieher von Altersrenten. Tabelle 10 bildet die Ergebnisse für eine alleinstehende Person mit einer Altersrente i. H. v. jährlich 18.000,00 EUR ab. In Tabelle 11 sind die Be- bzw. Entlastungswirkungen für ein Ehepaar mit Altersrenten i. H. v. insgesamt 40.000,00 EUR berechnet.

Für beide Haushalte ist der Rentenbeginn der im Haushalt lebenden Personen für das Jahr 2010 angesetzt. Die Renteneinkünfte werden für diesen Beginn der regulären Altersrente mit 60 Prozent besteuert. Da Altersrentner vergleichsweise deutlich weniger Einkommensteuer bezahlen, wirkt sich die alternative Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen über das Einkommensteuersystem für diese Haushalte besonders positiv aus. Der alleinstehende Altersrentner kann mit einer Entlastung von 286,01 EUR bis 282,51 EUR und das skizzierte Rentnerpaar mit einer Entlastung von 542,56 EUR bis 519,06 EUR pro Jahr rechnen. Für jüngere Personen mit späterem Rentenbeginn verringern sich die Einsparungen in Abhängigkeit vom Renteneintrittsjahr merklich, weil der Anteil der zu versteuernden Einkünfte aus Renten jedes Jahr um 2 Prozent steigt.

Alleinstehende Person mit Bezug von Altersrente			
Anzahl der Rentenbezieher im Haushalt			1
Anteil des höheren Einkommens am Gesamteinkommen			100 %
Summe der Bruttoeinkünfte aus Altersrente			18.000,00 EUR
Renteneintrittsjahr			2010
	Beitrags- finanzierung	Einkommen- steuerfinanzierung	Differenz
Krankenkassenbeitrag Brutto	1.512,00 EUR	1.096,90 EUR	-415,10 EUR
Krankenkassenbeitrag Netto	1.285,00 EUR	927,90 EUR	-357,10 EUR
zu versteuerndes Einkommen	8.742,00 EUR	9.140,00 EUR	398,00 EUR
EkSt. Erhöhung um 18,7 %	12,00 EUR	83,09 EUR	71,09 EUR
EkSt. Erhöhung um 23,7 %	12,00 EUR	86,59 EUR	74,59 EUR
Finanzierungskorridor		Untergrenze	Obergrenze
Gesamtfinanzwirkung		-286,01 EUR	-282,51 EUR
Gesamtfinanzwirkung (relativ zu Summe Bruttoeinkünfte)		-1,59 %	-1,57 %
Break-Even-Point		37.000,00 EUR	32.000,00 EUR

**Tabelle 10:** Simulationsergebnisse für eine alleinstehende Person mit Bezug von Altersrente<sup>46</sup>

<sup>46</sup> Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Einkommensteuer (EkSt.).

<b>Ehepaar mit Bezug von Altersrente</b>			
Anzahl der Rentenbezieher im Haushalt			2
Anteil des höheren Einkommens am Gesamteinkommen			60 %
Summe der Bruttoeinkünfte aus Altersrente			40.000,00 EUR
Renteneintrittsjahr			2010
	<b>Beitrags- finanzierung</b>	<b>Einkommen- steuerfinanzierung</b>	<b>Differenz</b>
Krankenkassenbeitrag Brutto	3.360,00 EUR	2.437,55 EUR	-922,45 EUR
Krankenkassenbeitrag Netto	2.788,00 EUR	2.011,55 EUR	-776,45 EUR
zu versteuerndes Einkommen	19.458,00 EUR	20.343,00 EUR	885,00 EUR
EkSt. Erhöhung um 18,7 %	324,00 EUR	557,89 EUR	233,89 EUR
EkSt. Erhöhung um 23,7 %	324,00 EUR	581,39 EUR	257,39 EUR
<b>Finanzierungskorridor</b>		<b>Untergrenze</b>	<b>Obergrenze</b>
Gesamtfinanzwirkung		-542,56 EUR	-519,06 EUR
Gesamtfinanzwirkung (relativ zu Summe Bruttoeinkünfte)		-1,36 %	-1,30 %
Break-Even-Point		73.400,00 EUR	64.150,00 EUR

**Tabelle 11:** Simulationsergebnisse für ein Ehepaar mit Bezug von Altersrente<sup>47</sup>

<sup>47</sup> Quelle: Eigene Darstellung. Legende: Einkommensteuer (EkSt.).

## 5.5 Ableitungen aus den Simulationsergebnissen der Musterhaushalte

Durch die Einkommensteuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen werden im Vergleich zur Finanzierung über das Beitragssystem folgende Haushalte entlastet:

- Alleinerziehende Person mit geringem Einkommen (Tabelle 7)
- Vierköpfige Familie mit geringem Einkommen (Tabelle 8)
- Bezieher von Altersrenten mit geringen und auch höheren Renten (Tabelle 10 und Tabelle 11)

Gemessen an der Relation der Gesamtfinanzwirkung an der Summe der Bruttoeinkünfte aus Arbeitsentgelt oder Altersrente entsteht die größte Entlastung bei den Rentenbeziehern. Hier liegen die relativen Einsparungen der betrachteten Musterhaushalte zwischen 1,30 Prozent und 1,59 Prozent. Absolut können diese Musterhaushalte mit Einsparungen zwischen 282,51 EUR und 542,56 EUR pro Jahr und Haushalt rechnen.<sup>48</sup>

Eine finanzielle Belastung durch den Wechsel der Finanzierungssystematik erfahren im Vergleich zur Finanzierung über das Beitragssystem folgende Haushalte:

- Gutverdienende Ehepaare ohne Kinder (Tabelle 5 und Tabelle 6)
- Alleinstehende Personen ab einem Arbeitsentgelt i. H. v. 22.600,00 EUR bzw. 20.850,00 EUR (Tabelle 3 und Tabelle 4)
- Haushalte mit einem Einkommen aus Arbeitsentgelt oberhalb der BBG (Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 6)

Gemessen an der Relation der Gesamtfinanzwirkung an der Summe der Bruttoeinkünfte aus Arbeitsentgelt oder Altersrente entsteht die größte Belastung bei den Haushalten mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der BBG. Hier liegen die relativen Belastungen der betrachteten Musterhaushalte zwischen 3,16 Prozent und 4,81 Prozent. Absolut haben diese Musterhaushalte mit zusätzlichen Aufwendungen zwischen 2.225,70 EUR und 4.749,92 EUR pro Jahr und Haushalt zu rechnen. Wobei die Belastungswirkung durch die Finanzierungsumstellung bei den Haushalten, deren Arbeitsentgelt oberhalb der BBG liegt, geringer ist, wenn sich das Haushaltseinkommen aus Arbeitsentgelt auf zwei Arbeitnehmer verteilt (Tabelle 5 im Vergleich zu Tabelle 6).<sup>49</sup>

Über die Bildung weiterer Musterhaushalte ließen sich die Verteilungswirkungen weiter konkretisieren bzw. breiter abbilden. Letztlich war es Ziel dieser Untersuchung, grundsätzliche Verschiebungen in den Be- und Entlastungswirkungen aufzuzeigen.

<sup>48</sup> Bei der Personengruppe der Bezieher von Altersrente ist das Datum des Ausscheidens aus dem Arbeitsleben für die Verteilungswirkung entscheidend. Je weiter dieses Datum in der Zukunft liegt, desto geringer fällt die Entlastung durch die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen aus.

<sup>49</sup> Dieser Effekt liegt an den höheren Einsparungen bei den Bruttobeiträgen und den um die beitragsabsetzungsinduzierten Einkommensteuereinsparungen reduzierten Nettobeiträgen.

## 5.6 Simulationsergebnisse bei Ausweitung versicherungsfremder Leistungen

Eine Variation des finanziellen Umfangs versicherungsfremder Leistungen verändert die Lage der Break-Even-Points sowie die Höhe von Be- und Entlastung für die Haushalte. Auch die Richtung der Effekte im Sinne von Be- oder Entlastung kann sich haushaltsbezogen verändern.<sup>50</sup> Die unterschiedlichen Wirkungen von Verteilungsinstrumenten im Beitrags- und Einkommensteuersystem implizieren, dass die finanziellen Effekte für die Musterhaushalte bei Variation des Umfangs versicherungsfremder Leistungen keinen linearen Verlauf nehmen.

Wenn für das Jahr 2016 versicherungsfremde Leistungen nicht mit 56,5 Mrd. EUR, sondern mit 58 Mrd. EUR zu beziffern gewesen wären, ergäbe sich das in **Tabelle 12** dargestellte Bild zusätzlicher Finanzwirkungen für die Musterhaushalte. Die Darstellung folgt dem Ansatz der Abbildung von Wirkungen, wenn der Bereich versicherungsfremder Leistungen über das Einkommensteuersystem finanziert würde. Die Erhöhung um 1,5 Mrd. EUR entspricht dem Betrag, der im Zuge des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz von der GKV zu tragen wäre, wenn sich die Anzahl der Intensivbetten – ausgehend vom Status quo 2020 – verdoppeln würde (BMG, 2020). Die Tragung von Investitionskosten der Krankenhäuser durch die GKV erfolgt dort versicherungsfremd.

Die in Tabelle 12 ausgewiesenen Entlastungen (Belastungen) entstehen als Belastung (Entlastung), wenn die Finanzierung nicht über das Einkommensteuer-, sondern über das Beitragssystem erfolgt. Die Finanzierung von zusätzlich 1,5 Mrd. EUR über das Beitragssystem entlastet ein gutverdienendes, kinderloses Ehepaar mit einem Haushaltseinkommen von 100.000,00 EUR, das von nur einem Arbeitnehmer generiert wird (vgl. Tabelle 6), um 123,45 EUR bzw. 124,05 EUR im Vergleich zu der Finanzierung der gesamten versicherungsfremden Leistungen über das Einkommensteuersystem. Das Ehepaar mit Bezug von Altersrente (vgl. Tabelle 11) wird dagegen durch eine Beitragsfinanzierung der zusätzlichen 1,5 Mrd. EUR mit zusätzlich 12,90 EUR bzw. 12,70 EUR belastet.

Haushalt	Haushaltseinkommen p. a.	Zusätzliche Finanzwirkung p. a.		
		Richtung	Untergrenze	Obergrenze
Alleinstehende Person (vgl. Tabelle 3)	30.000,00 EUR	Belastung	16,32 EUR	16,57 EUR
Alleinstehende Person (vgl. Tabelle 4)	60.000,00 EUR	Belastung	74,77 EUR	75,37 EUR
Gutverdienendes Ehepaar; 70/30 (vgl. Tabelle 5)	100.000,00 EUR	Belastung	104,19 EUR	104,99 EUR
Gutverdiener Ehepaar; 100/0 (vgl. Tabelle 6)	100.000,00 EUR	Belastung	123,45 EUR	124,05 EUR
Alleinerziehende Person, ein Kind (vgl. Tabelle 7)	20.000,00 EUR	Entlastung	-1,45 EUR	-1,35 EUR
Vierköpfige Familie (vgl. Tabelle 8)	30.000,00 EUR	Entlastung	-1,33 EUR	-1,14 EUR
Vierköpfige Familie (vgl. Tabelle 9)	40.000,00 EUR	Belastung	9,55 EUR	9,85 EUR
Alleinstehende Person mit Bezug von Altersrente (vgl. Tabelle 10)	18.000,00 EUR	Entlastung	-6,22 EUR	-6,12 EUR
Ehepaar mit Bezug von Altersrente (vgl. Tabelle 11)	40.000,00 EUR	Entlastung	-12,90 EUR	-12,70 EUR

**Tabelle 12:** Zusätzliche Be- und Entlastungswirkungen einer Einkommensteuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV bei Anhebung auf 58 Mrd. EUR<sup>51</sup>

<sup>50</sup> Wenn der Break-Even-Point sinkt (steigt), werden Haushalte mit einem geringeren (höheren) Einkommen durch eine Einkommensteuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen im Vergleich zur Beitragsfinanzierung belastet.

<sup>51</sup> Quelle: Eigene Darstellung.

Die ausgewiesenen (zusätzlichen) Verteilungswirkungen bei der Erhöhung des Umfangs versicherungsfremder Leistungen in der GKV wurden nur für das Jahr 2016 berechnet. Es zeigt sich in diesem Fall, dass sich die Wirkungen für alle Musterhaushalte in derselben Richtung verstärken. Die Wirkungen sind aufgrund prozentualer Beiträge bzw. Steuern bei den Haushalten mit höheren Einkommen größer als bei solchen, mit geringeren Einkommen. Die Aufstellung kann jedoch für die aktuelle Diskussion der Übertragung versicherungsfremder Leistungen auf das Krankenversicherungssystem zur Eindämmung der Folgen der COVID-19 Pandemie zumindest als richtungsgebender Hinweis dienen. Für eine konkrete Quantifizierung wären die Berechnungen nach Vorlage der tatsächlichen Kosten auf das Jahr 2020 zu beziehen.

## 6 Zusammenfassung und Fazit

Die Diskussion um versicherungsfremde Leistungen erfolgte unter einem vergleichenden Ansatz einer Beitrags- und einer Einkommensteuerfinanzierung. Beide Alternativen implizieren verteilungspolitische Wirkungen, die einen realen Sozialstaat determinieren. Ein sozialpolitischer Konflikt entsteht, wenn eine Vermischung beider Alternativen erfolgt. Eine Vermischung ergibt sich, wenn dem Sozialversicherungssystem Aufgaben übertragen werden, die grundsätzlich den Gebietskörperschaften zuzuordnen sind oder wenn die Finanzierung von Aufgaben von deren Durchführung institutionell getrennt ist.

Unter Nutzung des gruppenbezogenen Äquivalenzprinzips (kollektive Perspektive) war es möglich, versicherungsfremde Leistungen von originären Krankenversicherungsleistungen abzugrenzen und zu qualifizieren. Im Ergebnis der Diskussion musste das Versicherungsprinzip als verwendbarer Theorien Spiegel für die weitere Analyse ausgeschlossen werden. Das Leistungsfähigkeitsprinzip wiederum fand insbesondere fokussiert auf Umverteilungsaspekte der betrachteten Finanzierungsalternativen Anwendung. Das Sozialstaatsprinzip diente bei der Argumentation mehr oder weniger abstrakt als übergeordnete Instanz.

Versicherungsfremde Leistungen wurden unter dem Ansatz einer neu aufgestellten Definition umfassend qualifiziert und für das Jahr 2016 unter Nutzung administrativer Daten sowie öffentlich zugänglicher Literatur quantifiziert. Die Bandbreite von Aufgaben erstreckt sich von Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft über die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern, die Prävention im Setting Ansatz bis hin zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen. Da versicherungsfremde Leistungen einen dynamischen Bereich darstellen, der zuletzt durch die Bundesregierung im Zusammenhang mit der Eindämmung der Folgen der COVID-19 Pandemie erneut ausgeweitet wurde, sind die ordnungspolitischen Bedenken der Finanzierung oder Durchführung versicherungsfremder Leistungen durch das Krankenversicherungssystem ein Phänomen mit erheblicher und steigender finanzieller und damit auch sozialpolitischer Bedeutung.

Im Jahr 2016 standen den Gesamtkosten der GKV für versicherungsfremde Leistungen i. H. v. 56,5 Mrd. EUR lediglich 14,0 Mrd. EUR an Bundeszuschuss gegenüber. Weder die Option, diesen Steuerzuschuss bis zum Ausgleich der Finanzierungslücke zu erhöhen, noch die Option, die ungedeckten Mittel (weiterhin) über das Beitragssystem zu generieren, sind aus finanzwissenschaftlicher Perspektive vorzuschlagen. Ersteres führt zu einer Vermischung der Finanzierungsgrundlagen in beträchtlichem Umfang. Von einem System bismarckscher Prägung – im Unterschied zu einem steuerfinanzierten Modell – wird sich das GKV-Gesundheitswesen bei Beibehaltung dieser Vorgehensweise weiter entfernen. Nicht nur Selbstverwaltung und Beitragsfinanzierung würden an Bedeutung verlieren.

Die Strategie der Beitragsfinanzierung führt zu den hier berechneten Verteilungswirkungen, die die Möglichkeiten der Berücksichtigung tatsächlicher (ökonomischer) Leistungsfähigkeit nicht nur nicht ausschöpfen, sondern ihr entgegenlaufen. Unter Gerechtigkeitsaspekten kann diese Option nicht als vorzuschlagende Strategie gewertet werden. Das Einkommensteuersystem ist hinsichtlich seiner Verteilungsinstrumente dem Beitragssystem deutlich überlegen.

Um eine Vermischung der Systeme sowie eine Vorgehensweise zulasten der Ausschöpfung von Potenzialen einer Verteilungsgerechtigkeit zu vermeiden, ist die strikte Trennung zwischen versicherungskonformen und versicherungsfremden Leistungen vorzunehmen und die Finanzierung mit der Durch-

führung institutionell zu synchronisieren. Wenn sich die Gesellschaft auch weiterhin für ein GKV-System mit Selbstverwaltung und Beitragsfinanzierung entscheidet, ist der gesamte Komplex versicherungsfremder Leistungen aus dem Krankenversicherungssystem herauszulösen. Das Einkommensteuersystem bietet für die Finanzierung dieser Leistungen eine gerechte Grundlage. Die Durchführung der Aufgaben ist neu (und außerhalb des Krankenversicherungssystems) zu installieren. Sollten in den (staatlichen) Alternativen zur Aufgabendurchführung versicherungsfremder Leistungen Kapazitäten oder Kompetenzen fehlen, dann sind diese dort (wieder) aufzubauen bzw. auszuweiten.

Die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über Beiträge löst Verteilungswirkungen aus, die sich bei einer Finanzierung über das Einkommensteuersystem systematisch und im Sinne des Leistungsfähigkeits- sowie des (gruppenbezogenen) Äquivalenzprinzips positiv verändern. Bei der Berechnung der Verteilungswirkungen wurde eine Modellierung mit verschiedenen Annahmen und unter Hinzuziehung definierter Musterhaushalte vorgenommen. Um dabei die schwer zu quantifizierenden Wechselwirkungen zwischen den Bemessungsgrundlagen aufzunehmen, wurden die durch den Austausch der Finanzierungssysteme auf der Ebene der Musterhaushalte entstehenden Be- und Entlastungswirkungen in einem Ergebniskorridor abgebildet, der jeweils einen realistischen minimalen und einen realistischen maximalen Wert finanzieller Effekte formuliert. Ein für jeden Musterhaushalt ausgewiesener Break-Even-Point gibt an, ab welcher Einkommenshöhe eine Belastung durch die Finanzierung über die Einkommensteuer erfolgt.

Die ermittelten relativen und absoluten Verteilungswirkungen sind für beispielhafte Musterhaushalte berechnet worden, um systematische Be- und Entlastungen aufzeigen zu können. In der Realität werden individuelle Haushalte bei der Änderung der Finanzierungssysteme auch Werte generieren, die von den genannten Größen abweichen. Grundsätzlich lassen sich folgende Wirkungen formulieren:

- Der Komplex versicherungsfremder Leistungen hat eine hohe finanzielle Bedeutung.
- Profiteure einer Beitragsfinanzierung versicherungsfremder Leistungen sind:
  - Alleinstehende Gutverdiener ohne Kinder
  - Gutverdienende Paare ohne Kinder
  - Altersrentner mit (sehr) hohen Bezügen
- Profiteure einer Steuerfinanzierung sind:
  - Alleinerziehende mit geringem Einkommen
  - Familien mit geringem Einkommen
  - Altersrentner mit geringem und mittlerem Einkommen

Insgesamt bewegen sich die ausgewiesenen Verteilungswirkungen der betrachteten Musterhaushalte zwischen –1,59 Prozent und 4,81 Prozent – gemessen an der Höhe der Arbeitsentgelte je Haushalt. Absolut stehen bei den betrachteten Haushalten maximale Einsparungen pro Jahr und Haushalt i. H. v. bis zu 542,56 EUR maximalen Belastungen i. H. v. bis zu 4.749,92 EUR gegenüber.

Eine alleinstehende, angestellte Person ohne Kinder würde im Vergleich zum Status quo bis zu einem Einkommen von 22.600,00 EUR (Untergrenze des Korridors) bzw. 20.850,00 EUR (Obergrenze) entlastet. Bei einem Einkommen von 60.000,00 EUR wäre der Haushalt bei einer Steuerfinanzierung (und damit im Vergleich zum Status quo) mit 2.225,70 EUR (Untergrenze) bzw. 2.888,90 EUR (Obergrenze)

mehr belastet. Bei einem gutverdienenden Ehepaar ohne Kinder (zwei Arbeitnehmer) wäre diese Belastung bei einem Einkommen i. H. v. 100.000,00 EUR dann 3.155,74 EUR (Untergrenze) bzw. 4.144,04 EUR (Obergrenze).

Der Break-Even-Point eines alleinstehenden Altersrentners ist noch etwas höher. Er würde bis zu einem Einkommen von 37.000,00 EUR bzw. 32.000,00 EUR von einer Einkommensteuerfinanzierung profitieren. Bei einem Einkommen i. H. v. 18.000,00 EUR würde eine Entlastung von 282,51 EUR bis 286,01 EUR pro Jahr entstehen. Entsprechend hoch ist die aktuelle Belastung dieses Musterhaushaltes bei einer Beitragsfinanzierung.

Eine alleinerziehende Person mit einem Jahreseinkommen von 20.000,00 EUR könnte dagegen Einsparungen von 167,32 EUR bzw. 113,87 EUR pro Jahr durch die Verschiebung aus dem Beitragssystem generieren. Familien mit einem Einkommen unterhalb von 34.450,00 EUR bzw. 31.900,00 EUR wären ebenfalls entlastet. Bei einem Einkommen i. H. v. 30.000,00 EUR bspw. wären die Wirkungen mit einer Entlastung von 150,53 EUR bzw. 81,72 EUR bereits spürbar.

Die durch den Wechsel des Finanzierungssystems induzierte Verringerung des Krankenversicherungsbeitrags wurde in dem vorgestellten Modell durch eine proportionale Erhöhung der Einkommensteuer kompensiert. Bei der Wahl einer progressiven Erhöhung würden sich diese Effekte noch verstärken. Ein Mehr an Verteilung zwischen sozial Stärkeren und sozial Schwächeren wäre gegeben.

Mit Variation des (finanziellen) Umfangs versicherungsfremder Leistungen verändern sich ebenfalls die ausgewiesenen Verteilungswirkungen. Neben den haushaltsspezifischen Break-Even-Points weisen auch die haushaltsindividuellen Be- und Entlastungswirkungen einen direkten Bezug zum finanziellen Umfang versicherungsfremder Leistungen auf. Die Abhängigkeit ist nicht linear.

Mit Verschiebung der Finanzierung in das Einkommensteuersystem wird die kollektive Äquivalenz in mehrfacher Hinsicht positiv bedient. Zugleich greift das Leistungsfähigkeitsprinzip besser, weil die Bemessungsgrundlage der Einkommensteuer die tatsächliche ökonomische Leistungsfähigkeit passender bedient als das Beitragssystem mit einer begrenzteren Bemessungsbasis. Daneben sorgt der Einkommensteuertarif über die Progression – aber auch über die weiteren Umverteilungsmechanismen – für mehr Solidarität bei der Aufgabenfinanzierung. Für die praktische Umsetzung sowohl der Finanzierung als auch der Durchführung außerhalb des Krankenversicherungssystems bedarf es jedoch eines politisch opportunen Vorgehens, um die Mehreinnahmen für versicherungsfremde Leistungen (Zweckbindung) auch der Durchführung versicherungsfremder Leistungen (Kompetenz und Kapazität) zuzuführen.

## Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Dietzel, J., Ochmann, R. & Schiffhorst, G. (2017). *GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld im SGB II*. Online: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/IGES\\_Publik\\_GKV-Beitraege\\_Dez2017.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/IGES_Publik_GKV-Beitraege_Dez2017.pdf) (abgerufen am 14.01.2020).
- Birk, D. (1983). *Das Leistungsfähigkeitsprinzip als Maßstab der Steuernormen: Ein Beitrag zu den Grundfragen des Verhältnisses Steuerrecht und Verfassungsrecht*. Köln: Deubner.
- Blankart, C. B. (2017). *Öffentliche Finanzen in der Demokratie*. 9. Aufl. München: Vahlen.
- Breyer, F. & Buchholz, W. (2009). *Ökonomie des Sozialstaats*. Berlin: Springer.
- Brümmerhoff, D. & Büttner, T. (2018). *Finanzwissenschaft*. 12. Aufl. Oldenbourg: De Gruyter.
- BMF – Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.). (2018). Datensammlung zur Steuerpolitik. Online: [https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren\\_Bestellservice/2019-02-05-datensammlung-zur-steuerpolitik-2018.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren_Bestellservice/2019-02-05-datensammlung-zur-steuerpolitik-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=3) (abgerufen am 14.01.2020).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2015). *Glossar, Begriffe A-Z. Versicherungsfremde Leistungen*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen.html> (abgerufen am 14.01.2020).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017). Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV. Online: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1\\_2016.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2016.pdf) (abgerufen am 14.01.2020).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2019). *Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige- und Krankenstand Jahresdurchschnitt 2018*. Online: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_JD\\_2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2018.pdf) (abgerufen am 14.01.2020).
- BMG – Bundesgesundheitsministerium (Hrsg.). (2020). *Formulierungshilfe für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz)*. Online: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/C/Entwurf\\_COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/C/Entwurf_COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz.pdf) (abgerufen am 08.04.2020).
- Bundesregierung (Hrsg.). (2016). *Etat für Gesundheit Mehr Geld für den Gesundheitsfonds*. Online: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/mehr-geld-fuer-den-gesundheitsfonds-387028> (abgerufen am 14.01.2020).
- Butzer, H. (2001). *Fremdlasten in der Sozialversicherung. Zugleich ein Beitrag zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben für die Sozialversicherung*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Droege, M. (2013). Legitimation und Grenzen nichtsteuerlicher Abgaben. Zur Individualisierung der Finanzierungslast im Ordnungs- und Wirtschaftsverwaltungsrecht. *Die Verwaltung*, 2013(3), S. 313–348.

- Farny, D. (2011). *Versicherungsbetriebslehre*. 5. Aufl. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft.
- Fichte, D. & Schulemann, O. (2010). Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst*, 2010(10), S. 676–682.
- GBE-Bund Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). (2019). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Online: <http://www.gbe-bund.de> (abgerufen am 14.01.2020).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2013). *Faktenblatt Thema: Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen*. Online: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/Faktenblatt\\_Ausgaben\\_versicherungsfremde\\_Leistungen\\_\\_2013-03-04.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/Faktenblatt_Ausgaben_versicherungsfremde_Leistungen__2013-03-04.pdf) (abgerufen am 14.01.2020).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2016). *Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.04.2016 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren“ Bundestagsdrucksache 18/6326 vom 13.10.2015*. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/417748/a59309ae57b9b95414c650f247b6bc71/GKV-Spitzenverband-data.pdf> (abgerufen am 14.01.2020).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2017). *Entwicklung des GKV-Beitragsatzes und der Bundesbeteiligung*. Online: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv\\_kennzahlen/GKV-Kennzahlen\\_Beitragsatzentwicklung\\_2017.jpg](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/GKV-Kennzahlen_Beitragsatzentwicklung_2017.jpg) (abgerufen am 14.01.2020).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2019). *Entwicklung des GKV-Beitragsatzes und der Bundesbeteiligung*. Online: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv\\_kennzahlen/kennzahlen\\_gkv\\_2019\\_q4/300dpi\\_2/GKV-Kennzahlen\\_Beitragsatzentwicklung\\_2020\\_300.jpg](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2019_q4/300dpi_2/GKV-Kennzahlen_Beitragsatzentwicklung_2020_300.jpg) (abgerufen am 26.03.2020).
- Hajen, L., Paetow, H. & Schumacher, H. (2017). *Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxis-Beispiele*. 8. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Henke, K.-D. (2014). *Stellungnahme Anhörung Haushaltsausschuss zum Haushaltsbegleitgesetz 2014*. Online: [https://www.bundestag.de/resource/blob/283616/d330a8db637e012cbf201d0a498cb4da/tu-berlin\\_henke-pdf-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/283616/d330a8db637e012cbf201d0a498cb4da/tu-berlin_henke-pdf-data.pdf) (abgerufen am 14.01.2020).
- Herath, K.-J. (1993). *Sozialversicherung*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Heyll, U. (2007). Medizin und Ökonomie. In: Schulz, S. (u. a.) (Hrsg.). *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Eine Einführung*. München (u. a.): Suhrkamp.
- Höpfner, T. (2018). *Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik: Funktion und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unter der Bedingung gesellschaftlicher Medikalisation in der Theorie sozialer Systeme*. 2. Aufl. Zossen: Dr. Walter Warmuth.
- IKK classic (Hrsg.). (2017). *Geschäftsbericht 2016/17*. Online: [https://www.ikk-classic.de/assets/888\\_ikkc\\_web\\_pdf.pdf](https://www.ikk-classic.de/assets/888_ikkc_web_pdf.pdf) (abgerufen am 14.01.2020).
- Jachmann, M. (2003). *Nachhaltige Entwicklung und Steuern. Ansätze zu einer an der Gemeinwohlverantwortung des Einzelnen ausgerichteten Lastenverteilungsgerechtigkeit*. Stuttgart: Richard Boorberg.
- Keuschnigg, C. (2005). *Öffentliche Finanzen: Einnahmepolitik*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Kirchhof, P. (2000). *Besteuerung im Verfassungsstaat*. Tübingen: Mohr Siebeck.

- Lelgemann, M. (2019). In: Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) *Liposuktion wird befristet Kassenleistung bei Lipödem im Stadium III. Pressemitteilung 2019/25*. Online: [https://www.g-ba.de/downloads/34-215-811/25\\_2019-09-19\\_Liposuktion-Stadium-III.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/34-215-811/25_2019-09-19_Liposuktion-Stadium-III.pdf) (abgerufen am 26.03.2020).
- Leopold, D. (2008). *Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*. 6. Aufl. Sankt Augustin: Asgard.
- Meinhardt, V. (2018). Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung. *IMK STUDY*, 2018(60). Online: [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_imk\\_study\\_60\\_2018.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_imk_study_60_2018.pdf) (abgerufen am 14.01.2020).
- Mill, J. S. (1924). *Grundsätze der politischen Ökonomie mit einigen ihrer Anwendungen auf die Sozialphilosophie*. Jena: Gustav Fischer.
- Raffelhüschen, B., Moog, S. & Vatter, J. (2011). *Fehlfinanzierung in der deutschen Sozialversicherung*. Online: <https://www.insm.de/fileadmin/insm-dms/text/presse/presse-meldungen/2011/texte-zur-sozialen-marktwirtschaft-8.pdf> (abgerufen am 14.01.2020).
- Rau, F. (2008). Der Sozialstaat: Prinzipien, Konstituenten und Aufgaben im Gesundheitsbereich. In G. Hensen & P. Hensen (Hrsg.). *Gesundheitswesen und Sozialstaat*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Regierungskoalition (Hrsg.). (2018). *Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land*. Online: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1> (abgerufen am 14.01.2020).
- Rürup, B. (2005). *Das Verhältnis von Beitragsfinanzierung und Steuerfinanzierung in der sozialen Sicherung*. Online: [https://www.boeckler.de/pdf/v\\_2006\\_09\\_01\\_ruerup.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/v_2006_09_01_ruerup.pdf) (abgerufen am 14.01.2020).
- RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.). (2017). *Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich*. Online: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten\\_Investitionsfoerderung\\_Krankenhausbereich.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf) (abgerufen am 14.01.2020).
- Simon, M. (2017). *Das Gesundheitssystem in Deutschland*. 6. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Stegmüller, K. & Groß, S. (2014). *Stellungnahme zum Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2014 - Drucksache 18/1050 vom 4. 4. 2014*. Online: [https://www.bundestag.de/resource/blob/283620/63b994967b320398dda62764d18b6bbc/hs-fulda\\_gress-u--stegmueller-pdf-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/283620/63b994967b320398dda62764d18b6bbc/hs-fulda_gress-u--stegmueller-pdf-data.pdf) (abgerufen am 14.01.2020).
- Stolleis, M. (2003). *Geschichte des Sozialrechts in Deutschland: Ein Grundriß*. Stuttgart: UTB.
- SVR-Wirtschaft – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.). (2005). *Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen – Jahresgutachten 2005/06*. Berlin: H. Heenemann.
- SVR-Wirtschaft – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.). (2012). *Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland – Jahresgutachten 2012/13*. Paderborn: Bonifatius.
- Tipke, K., Lang, J., Hey, J., Montag, H., Englisch, J. & Henrichs, J. (2018). *Steuerrecht*. 23. Aufl. Köln: Dr. Otto Schmidt.

- van Deuverden, K. (2004). Die Erhöhung der Tabaksteuer zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. *IWH Discussion Papers* 2004(187). Online: <https://www.econstor.eu/handle/10419/23724> (abgerufen am 14.01.2020).
- Wannagat, G. (1965). *Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts*. Bd. 1. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Wilke, D. (1973). *Gebührenrecht und Grundgesetz*. München: Beck.
- WD – Wissenschaftliche Dienste des Bundestages (Hrsg.). (2015). *Ausarbeitung zur Einbeziehung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und zur möglichen Förderung der Schulnetzstellen im Rahmen des Präventionsgesetzes (Regierungsentwurf)*. WD 9-3000-128/14. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/410894/e2e9f805edcb0c6a99712e041590f7cb/WD-9-128-14-pdf-data.pdf> (abgerufen am 14.01.2020).
- WD – Wissenschaftliche Dienste des Bundestages (Hrsg.). (2016). *Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung*. WD 9-3000-051/16. Online: <https://www.bundestag.de/resource/blob/480530/23a869c6255b792438e527625bcb7e6/WD-9-051-16-pdf-data.pdf> (abgerufen am 14.01.2020).

## Vergangene Ausgaben

*1/2019, Heft 1*

**Häckl, D., Kossack, N., Schindler, C., Weinhold, I. & Wende, D.** Weiterentwicklung der Morbiditätsparameter im Morbi-RSA – 7 Thesen und Vorschläge. Diskussionspapier.

**Winkler, J., Schwarz, R., Gantner, T., Nack, D. & Schwarz, M.** Blockchain: Die Demokratisierung des Gesundheitswesens? White Paper zur Funktionsweise und den Erfolgsfaktoren für eine Anwendung der Blockchain im Gesundheitswesen.

*2/2019, Heft 2*

**Schwarz, M.** Kritische Bewertung des Versorgungsprozesses von MRSA-Patienten. Bearbeitung der Forschungsfragestellung im Rahmen einer Master-Thesis am Ludwig Fresenius Center for Health Care Management and Regulation der HHL Leipzig Graduate School of Management.

*3/2019, Heft 3*

**Schäffer, T.** „Statistical illiteracy“ im Gesundheitswesen am Beispiel des Mammographie-Screenings. Seminararbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Studiengang Wirtschaftswissenschaften.

**Lintener, H.** Die Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege in Deutschland. Bachelorarbeit an der Hochschule Fulda im Fachbereich Pflege und Gesundheit, Studiengang Gesundheitsökonomie und -politik.

*1/2020, Heft 4*

**Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F. & Schmiedel, L.** Editorial. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2019.

**Schäffer, T.** Ursachen regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland: Eine empirische Analyse mit Abrechnungsdaten. Masterarbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

**Schrey, C.** Selection and Incentive Effects of Gatekeeping on Healthcare Utilisation in Germany. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Volkswirtschaftslehre an der Universität Leipzig.

## Impressum

**Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie  
und Gesundheitssystemforschung**

ISSN 2628-4103

*Herausgeber*

**WIG2 GmbH**

Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

Vertreten durch:

Dr. Dennis Häckl, Geschäftsführer

Dr. Thomas Höpfner, Geschäftsführer

Markt 8

04109 Leipzig

Web.: [www.wig2.de](http://www.wig2.de)

Tel.: + 49 341 39 29 40-0

E-Mail: [forschungsberichte@wig2.de](mailto:forschungsberichte@wig2.de)

*Redaktion*

**Dr. Carsta Militzer-Horstmann**

Leiterin wissenschaftliche Entwicklung & Wissenschaftsmanagement

**Franziska Stutzer**

Studentische Mitarbeiterin Abteilung wissenschaftliche Entwicklung & Wissenschaftsmanagement

*Ausgabe*

2/2020, Heft 5

**Thomas Höpfner, Benjamin Berndt, Tobias Schäffer, Carsta Militzer-Horstmann** Versicherungs-  
fremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und  
Verteilungsgerechtigkeit. Expertise.