

Damian Fichte, Olaf Schulemann

Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

In der jüngeren Vergangenheit ist eine Tendenz zur verstärkten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Haushaltsmitteln des Bundes erkennbar. Mit einem Bundeszuschuss sollen die Aufwendungen der GKV für versicherungsfremde Leistungen finanziert werden. Ob der Bundeszuschuss korrekt bemessen ist, kann aber nur dann festgestellt werden, wenn auch der Umfang der versicherungsfremden Leistungen in der GKV bekannt ist.

Zur Finanzierung ihrer Leistungen erhält die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) neben den Beitragseinnahmen einen Bundeszuschuss. Im Einführungsjahr 2004 lag er lediglich bei 1 Mrd. Euro; im Jahr 2010 soll er 11,8 Mrd. Euro¹ betragen und bis zum Jahr 2012 auf 14 Mrd. Euro steigen. Während aus dem Beitragsaufkommen sachgerecht die versicherungsgemäßen Leistungen finanziert werden sollen, dient der Bundeszuschuss grundsätzlich der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV. Die sachgerechte Bemessung des Bundeszuschusses nach den Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen ist zwar im Gesetz – wenn auch nicht hinreichend – fixiert,² jedoch existiert weder eine gesetzliche Definition noch eine aktuelle Aufstellung der versicherungsfremden Leistungen seitens des Gesetzgebers. In jüngster Vergangenheit wurde auch kaum der Versuch unternommen, alle versicherungsfremden Leistungen in der GKV zu ermitteln. Zwar gibt es Untersuchungen zum Umfang der versicherungsfremden Elemente auf der Einnahmenseite der

GKV,³ eine eingehende Ermittlung der ausgabeseitigen versicherungsfremden Leistungen blieb jedoch weitgehend aus.⁴ Es ist daher offensichtlich, dass im Bereich der ausgabeseitigen versicherungsfremden Leistungen der GKV noch ein Ermittlungsbedarf vorliegt. Deshalb wird im Folgenden versucht, sämtliche versicherungsfremden Leistungen vor allem auf der Ausgabenseite der GKV darzustellen und zu erläutern. Darüber hinaus soll auch auf die versicherungsfremden Komponenten auf der Einnahmenseite eingegangen werden.⁵

Kriterien zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen

Zur Ermittlung der versicherungsfremden Leistungen in der GKV kann ein Kriterienkatalog, basierend auf dem Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip, erstellt werden. Eine Verwirklichung des Versicherungsprinzips in der GKV verlangt vor allem,

- 1 Zusätzlich zu diesem Betrag erhält die GKV im Jahr 2010 einen einmaligen Bundeszuschuss zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen in Höhe von 3,9 Mrd. Euro. Für das Jahr 2011 ist ebenfalls ein zusätzlicher Bundeszuschuss in Höhe von zwei Mrd. Euro geplant.
- 2 Vgl. § 221 Abs. 1 SGB V. Danach soll der Bundeszuschuss „der pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der GKV“ dienen.

- 3 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2005/2006, Bundestags-Drucksache 16/65, Tz. 514 ff.; S. Moog, B. Raffelhüschen: Sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse, Freiburg 2006.
- 4 Die meisten vorliegenden Ausarbeitungen beschränken sich auf eine Auflistung möglicher versicherungsfremder Leistungen, ohne aber eine Begründung für deren versicherungsfremden Charakter zu geben (vgl. beispielsweise Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2005/2006, a.a.O., Tz. 534; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden 1995, Tz. 107; V. Meinhardt, R. Zwiener: Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung, Berlin 2005, S. 13). Eine ausführliche Ermittlung versicherungsfremder Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV findet sich dagegen in den im Rahmen dieses Beitrags zitierten Untersuchungen des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheitssystemforschung sowie bei P. Kistorz: Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt am Main u.a. 1998.
- 5 Zur ausführlichen Darstellung und Bewertung vgl. Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler: Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, H. 106 der Schriftenreihe, Berlin 2010.

Dr. Olaf Schulemann ist wissenschaftlicher Leiter des Karl-Bräuer-Instituts des Bundes der Steuerzahler.

Damian Fichte, Dipl.-Volkswirt, ist dort wissenschaftlicher Mitarbeiter für Sozialpolitik.

- dass die Versicherten für die Versicherungsleistungen Beiträge zu entrichten haben und diese in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen,
- dass deshalb Personen, die keine Beiträge zahlen, auch keinen Anspruch auf Leistungen haben,
- dass die Versicherten keine zusätzlichen Leistungen beanspruchen können, wenn sie dafür keine zusätzlichen Beiträge erbringen,
- dass die Versicherten nur dann Anspruch auf Leistungen haben, wenn der Risikofall der Krankheit⁶ eintritt, um ihn wirksam abzuwenden und zunächst festzustellen,⁷
- dass die Leistungen, die dem Aufgabenbereich anderer Sozialversicherungszweige zuzurechnen sind, von diesen auch getragen werden,
- dass die Beitragsmittel für Aufgaben, die im Interesse der Versichertengemeinschaft sind, bzw. für den Versicherungszweck und nicht in erster Linie für allgemeine bzw. gesamtgesellschaftliche Anliegen verwendet werden.

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

Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung

Dies ist bei den Leistungen der *primären Prävention und Gesundheitsförderung* der Fall. Mit den Leistungen zur Gesundheitsförderung sollen der nicht krankhafte Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Versicherten verbessert werden. Eine solche Zielsetzung ist jedoch einer Krankenversicherung fremd, denn ihre Aufgabe besteht nicht in der Bereitstellung von Leistungen zur Förderung des nicht krankhaften Gesundheitszustands, sondern viel-

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

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

mehr in der Gewährung von Leistungen, sobald eine Gesundheitsbeeinträchtigung vorliegt oder sie wirksam abgewendet werden kann.⁸ Zudem sollen die primärpräventiven Leistungen ausdrücklich zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.⁹ Diesem Ziel liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Gesundheitschancen in Deutschland zwischen den sozialen Schichten unterschiedlich verteilt sind.¹⁰ Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit stellt allerdings ein gesamtgesellschaftliches Ziel dar.¹¹ Somit ist die Finanzierung derartiger Leistungen von der Allgemeinheit sicherzustellen und nicht einer bestimmten Versichertengemeinschaft zu übertragen.¹²

Mit den Leistungen der *betrieblichen Gesundheitsförderung* wird ebenfalls die versicherungsfremde Zielsetzung verfolgt, den nicht krankhaften Gesundheitszustand und die Lebensqualität zu verbessern. Die Leistungen können auch deshalb als versicherungsfremd gewertet werden, weil sie einerseits von Personen in Anspruch genommen werden können, die selber nicht in der GKV versichert sind und keine Beiträge an die GKV entrichten.¹³ Andererseits können sie nicht von z. B. Rentnern oder Arbeitslosen beansprucht werden, obwohl diese Personengruppen Beiträge an die GKV zahlen.

Die *Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren* fällt in den Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV). Wenn jedoch die Unfallversicherungsträger bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Unterstützung von anderen Sozialversicherungsträgern in Anspruch nehmen, sind die den beauftragten Institutionen entstandenen Kosten gemäß dem Konnexitätsprinzip von der GUV zu erstatten.

8 Vgl. auch M. Jankowski, A. Zimmermann: Versicherungspflichtige Leistungen in einer obligatorischen Krankenversicherung, Otto-Wolff-Institut, Discussion Paper 1/2004, Köln 2004, S. 8 f.

9 Vgl. § 20 Abs. 1 S. 2 SGB V.

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

11 Vgl. auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bundestags-Drucksache 16/6339, Tz. 1021; F. Beske: Prävention – Ein anderes Konzept, Schriftenreihe des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheitssystemforschung, Band 103, Kiel 2005, S. 44.

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

13 Wenn Unternehmen derartige gesundheitsfördernde Maßnahmen der GKV in Anspruch nehmen und ihren Mitarbeitern anbieten, wird innerhalb der Betriebe nicht danach differenziert, ob die Arbeitnehmer gesetzlich oder privat krankenversichert sind. Privat versicherte Arbeitnehmer werden von der Teilnahme an einer Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung üblicherweise nicht aufgrund ihres Versicherungsstatus ausgeschlossen.

Schutzimpfungen verhindern die Übertragung von ansteckenden Krankheiten und stiften dadurch der gesamten Gesellschaft einen hohen Nutzen. Beugt ein Individuum durch eine Schutzimpfung einer Infektionskrankheit vor, sinkt auch für die anderen Mitglieder einer Gesellschaft die Wahrscheinlichkeit, sich mit dieser Krankheit anzustecken. Damit erzielt die Allgemeinheit bereits bei der Impfung eines Bürgers einen Nutzen, der mit jeder weiteren Impfung steigt. Aufgrund von solchen positiven externen Effekten liegt eine öffentliche Bereitstellung und eine flächendeckende Inanspruchnahme der Schutzimpfungen im Interesse der Allgemeinheit. Um einen hohen Nutzen für die gesamte Bevölkerung zu erzielen, wird in Deutschland ein möglichst hoher Durchimpfungsgrad angestrebt. Die Förderung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen kann als ein Teil eines international verfolgten mehrdimensionalen Gesamtkonzepts zur Eindämmung lebensbedrohlicher Infektionskrankheiten angesehen werden.¹⁴ Ein solches Ziel stellt ein wichtiges gesundheits- und gesellschaftspolitisches Anliegen dar, das über den Zweck einer Krankenversicherung hinausgeht. Der Nutzen für die Allgemeinheit ist insbesondere bei einer drohenden epidemischen oder pandemischen Ausbreitung von ansteckenden Krankheiten groß. In solchen Fällen besteht ein starkes gesamtgesellschaftliches Interesse am Impfschutz der gesamten Bevölkerung, der zudem als Impfwang vom Staat verordnet werden kann. Deshalb kann die Bereitstellung von Schutzimpfungen bei einer drohenden epidemischen oder pandemischen Ausbreitung von ansteckenden Krankheiten als eine Maßnahme des Katastrophenschutzes und somit als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden. Somit sind Schutzimpfungen als versicherungsfremde Leistungen der GKV zu beurteilen und wären deshalb aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates zu finanzieren.¹⁵

Der versicherungsfremde Charakter der *Gruppenprophylaxe* ergibt sich daraus, dass gruppenmäßige zahnprophylaktische Maßnahmen in Kindergärten und Schulen auch von privat krankenversicherten Kindern in Anspruch genommen

werden können, ohne dass von ihnen hierfür ein finanzieller Beitrag geleistet wird. Zudem ist die Gruppenprophylaxe von einem gesamtgesellschaftlichen Anliegen geprägt. Sie soll insbesondere in Schulen in sozialen Brennpunkten durchgeführt werden, um die verstärkte Inanspruchnahme solcher Leistungen von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit relativ niedrigem sozialökonomischen Status zu fördern,¹⁶ da die Mundgesundheit offenbar mit dem sozioökonomischen Status positiv korreliert ist.¹⁷

Schwangerschafts-, mutterschafts- und kinderbezogene Leistungen

Leistungen zur *Empfängnisverhütung* sind nur dann als versicherungsfremd zu beurteilen, wenn sie nicht medizinisch erforderlich sind, um eine Schädigung des Gesundheitszustands der Versicherten abzuwenden.¹⁸ Mit derartigen Leistungen werden sodann gesamtgesellschaftliche Aufgaben verfolgt. So sollen ungewollte Schwangerschaften verhindert sowie auf eine verantwortungsbewusste Familienplanung hingewirkt werden.¹⁹ Schließlich sind die Leistungen zur Empfängnisverhütung auch aufgrund der Altersbegrenzung als versicherungsfremd zu werten, nach der Versicherte bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres Anspruch auf die Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln haben. Dadurch bleibt einem Großteil der Versichertengemeinschaft die Leistungsanspruchnahme verwehrt, obwohl die Beiträge zur GKV nicht altersabhängig erhoben werden.

Auch die Leistungen bei einem *Schwangerschaftsabbruch* gemäß der Beratungsregelung sowie aufgrund einer kriminologischen Indikation sind wegen des Fehlens einer medizinischen Notwendigkeit als versicherungsfremd zu werten. Ersteren liegt zudem die versicherungsfremde Zielsetzung zugrunde, illegale Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern sowie die Schwangeren vor sozialen Benachteiligungen zu schützen und ihre Existenz zu sichern.²⁰ Der versicherungsfremde Charakter von Leistungen bei einem Schwangeren-

14 Vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Schutzimpfungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 1, Berlin 2004, S. 8 f.; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2005, a.a.O., Tz. 186 ff.

15 Vgl. auch F. Breyer, P. Zweifel, M. Kifmann: Gesundheitsökonomik, Heidelberg 2005, S. 176. Die staatliche Finanzierung sollte sich jedoch ausschließlich auf Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten beschränken, durch die die gesamte Bevölkerung in gleichem Maße gefährdet ist. Sind nur bestimmte Personengruppen aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit oder ihrer individuellen Lebensweise durch eine ansteckende Krankheit gefährdet, die durch andere individuelle Präventionsmaßnahmen in Eigenverantwortung verhindert werden kann, sollte eine staatliche Finanzierung ausgeschlossen werden. So sollten Kosten von Schutzimpfungen gegen solche Krankheiten, deren Ansteckungswahrscheinlichkeit lediglich bei bestimmten Berufsgruppen gegeben ist, von deren Arbeitgebern getragen werden. Ebenso wären die Kosten von Schutzimpfungen gegen Krankheiten, die bei privaten Reisen in bestimmte Urlaubsgebiete auftreten können, von den Versicherten selbst zu tragen.

16 Vgl. Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Bundestags-Drucksache 14/1245, S. 63.

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

18 Vgl. auch P. Kostorz, a.a.O., S. 136 ff.; F. Beske, J. Hübener: Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheitssystemforschung, Bd. 50, Kiel 1996, S. 23 ff.

19 Vgl. Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des vorgeburtlichen/werdenden Lebens, zur Förderung einer kinderfreundlichen Gesellschaft, für Hilfen im Schwangerschaftskonflikt und zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (Schwangeren- und Familienhilfegesetz), Bundestags-Drucksache 12/2605 (neu), S. 16; K. Höfler: Kommentar zum § 24a SGB V, Rdnr. 2, in: S. Leitherer (Hrsg.): Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Bd. 1.

20 Vgl. K. Höfler: Kommentar zum § 24a SGB V, a.a.O.

schaftsabbruch aufgrund einer kriminologischen Indikation kann hingegen auch damit begründet werden, dass es sich hierbei um Folgen einer vorsätzlich begangenen Straftat, die auf eine Verletzung einer Verfassungsnorm, nämlich der Schutzpflicht des Staates für seine Bürger gemäß Art. 2 Abs. 2 GG, zurückzuführen ist. Da der Staat seine verfassungsrechtliche Schutzpflicht verletzt hat, muss er die Konsequenzen für die Folgen tragen. Die Übernahme der Kosten für derartige strafrechtliche Folgen wäre damit eine Aufgabe des Staates und damit der gesamten Gesellschaft.²¹

Leistungen zur *Herbeiführung einer Schwangerschaft* können ebenso als versicherungsfremd beurteilt werden. Zwar handelt es sich bei der Zeugungsunfähigkeit bzw. Unfruchtbarkeit um eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustands, die einen medizinischen Eingriff erforderlich macht, so dass der Tatbestand der Krankheit erfüllt wäre; allerdings ist das medizinische Ziel dieser Leistungen nicht die Wiederherstellung des regulären Gesundheitszustands, nämlich der Zeugungsfähigkeit bzw. Fruchtbarkeit, sondern die Herbeiführung einer Schwangerschaft. Eine solche familienpolitisch motivierte Zielsetzung ist dem Zweck einer Krankenversicherung jedoch fremd. Darüber hinaus sind die Leistungen wegen des Ausschlusses nicht verheirateter Versicherter von der Inanspruchnahme²² als versicherungsfremd einzustufen, denn dadurch wird einem Teil der Versichertengemeinschaft der Zugang zu derartigen Maßnahmen verwehrt, obwohl die Beiträge zur GKV unabhängig vom Familienstand erhoben werden. Ferner können sie aufgrund der bestehenden, wenn auch in der Sache sinnvollen, Altersbegrenzung als versicherungsfremd gewertet werden, da auch hierdurch ein Teil der Versichertengemeinschaft einem Leistungsausschluss unterliegt, obwohl die Beiträge zur GKV nicht altersabhängig erhoben werden.

Dem Bezug des *Mutterschaftsgeldes* der GKV liegt ein vom Staat auferlegtes Beschäftigungsverbot für Schwangere und Mütter zugrunde, wonach Schwangere und Mütter in der Zeit von sechs Wochen vor und acht bzw. zwölf Wochen nach der Entbindung nicht arbeiten dürfen. Mit diesem Beschäftigungsverbot wird ein gesamtgesellschaftliches Ziel, nämlich der Schutz von (werdenden) Müttern, umgesetzt. Daher handelt es sich beim Mutterschaftsgeld um eine versicherungsfremde Leistung der GKV.²³ Ferner ist das Mutterschaftsgeld auch wegen der Staffelung der

Leistungshöhe und -dauer als versicherungsfremd einzustufen.²⁴ Die betroffenen Versicherten entrichten jedoch einen prozentual gleichen Beitragssatz an die GKV, so dass sie bei genauer Anwendung des Versicherungsprinzips den gleichen Leistungsanspruch haben sollten. Insbesondere die Staffelung der Bezugsdauer ist familienpolitisch motiviert und geht damit über den eigentlichen Zweck einer Krankenversicherung hinaus.

Sowohl die *Bereitstellung einer Haushaltshilfe* bei Schwanger- und Mutterschaft als auch einer Haushaltshilfe bei stationärer Behandlung sind als versicherungsfremde Leistungen der GKV anzusehen. Mit diesen Leistungen wird das Ziel verfolgt, die Weiterführung des Haushalts der Versicherten sicherzustellen bzw. die Grundversorgung eines oder mehrerer Kinder zu gewährleisten. Dies sind jedoch Ziele, die als gesamtgesellschaftliches Anliegen betrachtet werden und über den Zweck einer Krankenversicherung hinausgehen. Als versicherungsfremd ist die Bereitstellung einer Haushaltshilfe bei stationärer Behandlung auch deshalb anzusehen, weil sie nur Versicherten mit einem Kind unter zwölf Jahren oder einem hilfsbedürftigen behinderten Kind zusteht und weil diese Versichertengruppe für den höheren Leistungsanspruch keine zusätzlichen Beiträge an die GKV entrichtet.²⁵

Das *Krankengeld bei Erkrankung des Kindes* soll ebenfalls eine Sicherung der Versorgung von Kindern sicherstellen, das als gesamtgesellschaftliches Anliegen betrachtet wird, weshalb es als eine versicherungsfremde Leistung der GKV einzustufen ist.²⁶ Des Weiteren ist die Leistung als versicherungsfremd zu werten, weil sie nur von Versicherten mit einem Kind unter zwölf Jahren oder einem hilfsbedürftigen behinderten Kind in Anspruch genommen werden kann und Alleinerziehenden ein höherer Leistungsanspruch gewährt wird.²⁷

21 Vgl. P. Kistorz, a.a.O., S. 151 ff.

22 Als Voraussetzung zur Leistungsinanspruchnahme müssen die Personen zum einen miteinander verheiratet sein; zum anderen sollen bei den Maßnahmen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Vgl. § 27a Abs. 1 SGB V.

23 Vgl. auch P. Kistorz, a.a.O., S. 233 ff.; F. Beske, J. Hübener, a.a.O., S. 37.

24 So wird sowohl bei der Leistungshöhe zwischen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten als auch hinsichtlich der Bezugsdauer zwischen „normalen“ Einzelgeburten und Mehrlings- oder Frühgeburten unterschieden. Vgl. § 200 RVO.

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

26 Vgl. auch P. Kistorz, a.a.O., S. 192 ff.; F. Beske, J. Hübener, a.a.O., S. 41.

27 Siehe auch Fußnote 25.

Sonstige versicherungsfremde Leistungen auf der Ausgabenseite

Der versicherungsfremde Charakter der *Belastungsregelungen bei der Kostenerstattung* für Zahnersatz und bei Zuzahlungen kann damit begründet werden, dass einer bestimmten Personengruppe höhere Leistungen als der übrigen Versichertengemeinschaft zugestanden werden, obwohl jene Personengruppe für diese Zusatzleistungen keine zusätzlichen Beiträge zur GKV entrichtet hat. Der versicherungsfremde Charakter zeigt sich auch in der bedürftigkeitsabhängigen Ausgestaltung der Kostenerstattung bei der Versorgung mit Zahnersatz. Damit soll offenbar das Ziel verfolgt werden, dass jeder Versicherte unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen und seinen Zahlungsmöglichkeiten die vollständige Regelversorgung erhält. Eine solche uneingeschränkte Versorgung von wirtschaftlich schwächeren Haushalten mit bestimmten Leistungen ist jedoch ein gesamtgesellschaftliches Anliegen und geht über den Zweck einer Krankenversicherung hinaus.

Grundsätzlich würden Leistungen zur *Vermeidung der Pflegebedürftigkeit* zwar nicht unbedingt der Aufgabenstellung der GKV widersprechen, da die Pflegebedürftigkeit mit einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustands gleichzusetzen ist und damit der Risikofall der Krankheit vorliegt. Allerdings gibt es im deutschen Sozialversicherungssystem mit der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) eine Institution, die für die Bereitstellung von Versicherungsleistungen im Risikofall der Pflegebedürftigkeit zuständig ist. Angesichts dessen fallen solche Leistungen in die Zuständigkeit der SPV.²⁸

Leistungen der *Palliativversorgung* können grundsätzlich mit Leistungen zur Sterbebegleitung gleichgesetzt werden. Mit ihnen wird das Ziel verfolgt, „dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben“²⁹. Eine solche Zielsetzung geht über den Zweck einer Krankenversicherung hinaus; sie verfolgt vielmehr ein gesamtgesellschaftliches Anliegen.

Sowohl die *Förderung der Selbsthilfe* als auch die *Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung* sollte nicht in den Aufgabenbereich der GKV fallen, denn eine finanzielle Unterstützung von privaten Einrichtungen geht über ihren eigentlichen Zweck hinaus.³⁰ Hierfür

28 Vgl. auch P. Kistorz, a.a.O., S. 130 ff.

29 Fraktionen der CDU/CSU und SPD: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz), Bundestags-Drucksache 16/3100, S. 105.

30 Vgl. F. Beske: Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung – Ein Handlungskonzept, a.a.O., S. 84.

spricht auch die Tatsache, dass die Selbsthilfeeinrichtungen im Bereich der primären Prävention tätig sind, die ebenfalls keine Aufgabe der GKV sein sollte. Die Förderung kommt theoretisch auch privat versicherten Personen zugute, so dass die Versichertenbeiträge nicht nur für die Interessen der Versichertengemeinschaft verausgabt werden, sondern auch für einen Personenkreis, der sich nicht an der Finanzierung der GKV beteiligt.

Mit der Bereitstellung der zuvor genannten versicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV sind schließlich auch administrative Tätigkeiten verbunden, die zu Verwaltungsausgaben führen. Diejenigen Verwaltungsausgaben, die der Inanspruchnahme der versicherungsfremden Leistungen zugeordnet werden können, sind daher ebenfalls als versicherungsfremd anzusehen.

Versicherungsfremde Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV

Zu den versicherungsfremden Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV gehört vor allem die einkommensabhängige Beitragsgestaltung. Da fast alle Leistungen der GKV einkommensunabhängig ausgestaltet sind und von den Versicherten im gleichen Ausmaß beansprucht werden können, verstößt die einkommensabhängige Beitragsgestaltung gegen das Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip, denn für unterschiedlich hohe Beiträge können die Versicherten Leistungen in gleicher Höhe beanspruchen. Durch die einkommensabhängige Beitragsgestaltung erfolgt ein Einkommensausgleich zwischen höheren und niedrigeren Einkommen, mit dem eine verteilungspolitische Zielsetzung verfolgt wird, die jedoch als ein gesamtgesellschaftliches Anliegen betrachtet wird und deshalb nicht in den Zuständigkeitsbereich der GKV fallen sollte. Des Weiteren ist die *Beitragsfreiheit von mitversicherten Erwachsenen* als versicherungsfremd zu beurteilen, da die beitragsfrei gestellten Versicherten keinen Beitrag zahlen, obwohl sie Anspruch auf die Leistungen der GKV haben.

Auch die *beitragsfreie Mitversicherung von Kindern* wird häufig zu den versicherungsfremden Komponenten auf der Einnahmenseite der GKV gezählt.³¹ Diese Einstufung ist jedoch höchst fragwürdig, denn wie im Weiteren begründet wird, handelt es sich bei der beitragsfreien Mitversiche-

31 Vgl. beispielsweise F. Beske, M. Thiede, J. F. Hallauer: Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Fremdleistungen, Schriftenreihe des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheitssystemforschung, Bd. 57, Kiel 1996, S. 64; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2005/2006, a.a.O., Tabelle 34; S. Moog, B. Raffelhüschen, a.a.O. Auch die Bundesregierung sieht die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe an (vgl. Fraktionen der CDU/CSU und SPD: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, a.a.O., S. 92 und S. 181).

rung von Kindern eher um eine versicherungsgemäße Leistung.³²

Da die Gesundheits- bzw. Krankenversicherungsleistungen mit fortschreitendem Alter verstärkt in Anspruch genommen werden, fallen die Ausgaben der GKV desto höher aus, je höher der Anteil älterer Menschen an der Versichertengemeinschaft ist.³³ Um diesen alterungsbedingten Ausgabenanstieg in einem Umlageverfahren finanzieren zu können, müssten bei einer konstanten Anzahl von Beitragszahlern und sonst gleichbleibenden Bedingungen die Beiträge zur GKV angehoben werden. Die Finanzierung der Ausgaben kann in einem Umlagesystem jedoch auch dadurch sichergestellt werden, dass sich die Anzahl und Zusammensetzung der Beitragszahler ändert und mehr (jüngere) Beitragszahler mit geringeren Krankheitskosten in das System einzahlen. Der Zustrom von neuen und künftigen Generationen von Beitragszahlern ist daher als eine Alternative zu einer Beitragserhöhung zu sehen. Aus diesem Grund ist das Aufziehen von Kindern, die als künftige Beitragszahler das GKV-System mitfinanzieren, für die langfristige Tragfähigkeit eines Umlagesystems von entscheidender Bedeutung. Es ist als ein besonderer Finanzierungsbeitrag der kindererziehenden Versicherten anzusehen,³⁴ der in Abgrenzung zu den monetären Finanzierungsbeiträgen als ein generativer Beitrag bezeichnet werden kann. Die kindererziehenden Versicherten sorgen nämlich mit ihrem Nachwuchs dafür, dass jeweils eine neue Beitragszahlergeneration die erhöhten Ausgaben für die älteren Generationen maßgeblich mitfinanziert. Von diesen zusätzlichen Beiträgen der Kindererziehenden profitiert schließlich die gesamte Versichertengemeinschaft, indem die Finanzierung der GKV auf mehrere Schultern verlagert wird.³⁵ Folglich fällt die monetäre Beitragszahlung für den einzelnen Versicherten geringer aus, als es bei einer älteren Gemeinschaft von Beitragszahlern der Fall wäre. Daher ist es sachgerecht und gemäß dem Äquivalenzprinzip auch folgerichtig, den kindererziehenden Versicherten für ihren zusätzlichen generativen Beitrag zum Umlageverfahren auch eine entsprechende Gegenleistung inner-

halb der GKV zu gewähren.³⁶ Sinngemäß argumentiert auch das Bundesverfassungsgericht.³⁷

In der GKV kann die Gegenleistung für den generativen Beitrag in der beitragsfreien Mitversicherung der Kinder gesehen werden. Gemäß dem Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip wäre es zwar grundsätzlich sachgerecht, auch von den kindererziehenden Versicherten einen Beitrag für ihre in der GKV versicherten Kinder einzufordern, da auch diese einen Anspruch auf die regulären Leistungen der GKV haben. Mit einem Verzicht auf die Erhebung von Beiträgen wird ihr generativer Beitrag zum Umlageverfahren in grob pauschalierter Weise ausgeglichen und damit auch die Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts hinreichend umgesetzt. In diesem Zusammenhang kann die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder somit als eine versicherungsgemäße Leistung der GKV angesehen werden.

Schlussfolgerungen

Insgesamt existieren auf der Ausgabenseite der GKV zahlreiche versicherungsfremde Leistungen, für die im Jahr 2009 schätzungsweise rund 4 Mrd. Euro verausgabt wurden. Dieser Betrag sollte sachgerecht aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Bundes finanziert werden.³⁸ Die Zuweisung von allgemeinen Haushaltsmitteln des Bundes an die GKV erfolgt derzeit über einen Bundeszuschuss. Damit der Bundeszuschuss seine sachgemäße Aufgabe, die versicherungsfremden Leistungen zu finanzieren, erfüllen kann, sollte er strikt nach den Ausgaben der GKV für versicherungsfremde Leistungen bemessen werden. Die geltende gesetzliche Vorgabe ist deshalb entsprechend anzupassen. Dementsprechend wäre § 221 Abs. 1 SGB V zu ändern. Beispielsweise könnte die neue Fassung wie folgt lauten: „Der Bund erstattet den Krankenkassen jährlich ihre Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen. Der Gesamtwert der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen ist jährlich von einem unabhängigen Sachverständigenrat zu er-

32 So auch J. Eekhoff: Verzicht auf Zuschüsse zur Krankenversicherung, in: Handelsblatt Nr. 2 vom 5.1.2010, S. 11.

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

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

35 Vgl. auch P. Krause, a.a.O., S. 148.

36 Vgl. auch J. Eekhoff, B. Henman: Familiengeld und Kindergeld als Instrumente der Familienförderung, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 51. Jg., H. 3/2002, S. 283 f.

37 In seinem Urteil aus dem Jahr 2001 zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) hat das BVerfG der Kindererziehung eine konstitutive Bedeutung für die Funktionsfähigkeit einer nach dem Umlageverfahren finanzierten Sozialversicherung zugesprochen, sofern die Leistungen der Sozialversicherung mit fortschreitendem Alter verstärkt in Anspruch genommen werden. Das BVerfG entschied daher, dass die Belastung der kindererziehenden und der kinderlosen Versicherten mit dem gleichen Beitrag gegen das Grundgesetz verstößt und forderte deshalb den Gesetzgeber insbesondere für die SPV auf, kindererziehende Versicherte gegenüber den kinderlosen Versicherten besser zu stellen (vgl. BVerfG: 1 BvR 1629/94 vom 3.4.2001).

38 Diejenigen versicherungsfremden Leistungen der GKV, die in den Zuständigkeitsbereich von anderen Sozialversicherungsträgern fallen, sollten aber von eben jenen und nicht vom Bund finanziert werden.

mitteln.“ Zudem ist es notwendig, den Begriff der versicherungsfremden Leistungen in der GKV zu definieren. Hierzu könnten die oben aufgestellten Kriterien herangezogen werden.

Zur Verwirklichung des Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzips auf der Einnahmenseite der GKV wäre es folgerichtig und sachgerecht, die einkommensabhängige Beitragsbemessung aufzugeben und stattdessen einkommensunabhängige Beiträge zu erheben. Ein solch grundlegender Umbau der Finanzierungsstruktur der GKV erscheint allerdings zumindest kurz- und mittelfristig politisch kaum durchsetzbar, weshalb damit zu rechnen ist, dass die bestehende Finanzierungsstruktur der GKV mit einkommensabhängigen Beiträgen auf absehbare Zeit erhalten bleibt. Somit wäre eine gewisse Abkehr vom Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip in der GKV (noch) in Kauf zu nehmen. Innerhalb der bestehenden Finanzierungsstruktur kann aber zur Stärkung des Versicherungsprinzips auf der Einnahmenseite der GKV beigetragen werden, indem die beitragsfreie Mitversicherung der Erwachsenen beseitigt würde. Diese Beitragsfreistellungen führen zu beträchtlichen Begünstigungen der betreffenden Versichertengruppen. Da eine uneingeschränkte Finanzierung aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Staates nicht gerechtfertigt erscheint, wäre in Erwägung zu ziehen, von diesen Versichertengruppen einen eigenen Beitrag zu erheben.³⁹

Bei einer strikten Zweckbindung an den Umfang der versicherungsfremden Leistungen dürfte der Bundeszuschuss nicht wie geplant weiterhin auf 14 Mrd. Euro anwachsen, sondern würde von derzeit 11,8 auf rund 4 Mrd. Euro reduziert. Dieser abweichende Zielwert ergibt sich unter anderem daraus, dass wir – im Unterschied zum Gesetzgeber – die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder nicht als eine versicherungsfremde Leistung bzw. Komponente in der GKV beurteilen. Eine solche Reduzierung des Bundeszuschusses würde zu einer Entlastung des Bundeshaushalts führen und Mittel z.B. zur notwendigen Rückführung der Nettokreditaufnahme freisetzen. Auf der anderen Seite entstünden der GKV gleich hohe Mindereinnahmen. Diese Mindereinnahmen könnten durch die Ausschöpfung bestehender Einsparpotenziale⁴⁰ sowie durch die Beseitigung der beitragsfreien Mitversicherung von Erwachsenen kompensiert werden.

39 Vgl. ausführlich Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler, a.a.O., S. 68 ff.

40 Zu Einsparmöglichkeiten in der GKV siehe etwa B. Augurzky et al.: Effizienzreserven im Gesundheitswesen, RWI-Materialien, H. 49, Essen 2009.