Systembedingte Grenzen der GKV-Finanzierung überwinden

von Stefan Sell

Abstract

Im bestehenden System – unter der Nebenbedingung der international einmaligen Dualität des Krankenversicherungssystems mit einer privaten Krankenversicherung, in der sich ein Teil der einkommensstärkeren Personen der solidarischen Finanzierung entziehen kann – stößt die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an mehrere systembedingte Grenzen. Dies muss im Kontext der Ausgabendynamik und der Bedarfsentwicklung zu stark steigenden Beiträgen führen, was dann als Lohnnebenkosten problematisiert wird. Zugleich müssen aus den – wegen der Bemessungsgrenze für Lohneinkommen nach oben gedeckelten – Beiträgen aufgrund der Verschiebebahnhöfe zahlreiche sogenannte versicherungsfremde Leistungen finanziert werden, die an sich aus Steuermitteln zu tragen wären. Vor diesem Hintergrund wird für eine systematisch abgesicherte Ausweisung der über Steuermittel zu finanzierenden Leistungen und für eine nachhaltige Regelbindung des Steueranteils plädiert. Das kann einen Teil des Drucks von der Beitragsfinanzierung nehmen und lässt sich verteilungspolitisch und volkswirtschaftlich begründen. Angeraten wird auch eine Perspektivenerweiterung hin zu den positiven externen Effekten der Ausgaben im Bereich der GKV.

Schlüsselwörter: Finanzierung, Beiträge, Steuern, versicherungsfremde Leistungen

In the existing system and under the secondary condition of the internationally unique duality of the health insurance system with private health insurance, in which some of the higher-income individuals can avoid solidarity-based financing, the financing of the German statutory health insurance (SHI) comes up against several system-related limits. In the context of expenditure dynamics and the development of demand, this must lead to sharply rising contribution rates, which are then problematised as ancillary wage costs. At the same time, the contributions – which are capped at the top due to the assessment limit for wage income – have to be used to finance numerous so-called non-insurance benefits, which would otherwise have to be borne by tax revenue. Against this backdrop, we argue in favour of a systematically secured designation of these benefits to be financed by tax revenue and, at the same time, for a sustainable standardisation of the tax share, which would take some of the pressure off contribution financing and, at the same time, can be justified from an economic point of view in addition to distribution arguments. It is also advisable to broaden the perspective to include the positive external effects of SHI expenditure.

Keywords: financing, contributions, taxes, non-insurance benefits

1 Einführung

Der Jahresanfang 2025 war nicht nur geprägt von einem kurzen Wahlkampf nach dem vorzeitigen Ende der Ampel-Koalition und den daraufhin angesetzten Neuwahlen, sondern auch durch höchst alarmistische Meldungen über eine „aus dem Ruder laufende" Einnahmen-Ausgaben-Entwicklung in der Kranken- und Pflegeversicherung mit dem Hinweis, dass die Sozialkassen Milliarden-Defiziten gegenüberstehen. Zugleich wurden die Beitragszahler mit erheblichen Anhebungen der kassenindividuellen Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konfrontiert – der gesetzlich festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz als rechnerische Größe wurde von 1,7 Prozent 2024 auf 2,5 Prozent angehoben, tatsächlich liegt aber der durchschnittliche Zusatzbeitrag über alle Kassen bei 2,9 Prozent – und auch in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) gab es eine erneute Erhöhung des Beitragssatzes, diesmal um 0,2 Prozentpunkte. Man sollte sich von den auf den ersten Blick harmlos daherkommenden prozentualen Veränderungswerten nicht täuschen lassen. Allein die Anhebung in der SPV um scheinbar mickrige 0,2 Prozentpunkte wird nach Angaben der Bundesregierung Mehreinnahmen in Höhe von rund 3,7 Milliarden Euro insgesamt generieren.

2 Blick auf Beitragszahler

Üblicherweise werden bei einer Auseinandersetzung mit der ausgaben- und einnahmenseitigen Finanzentwicklung der Sozialkassen die ganz großen Milliardenbeträge aufgerufen. Hier soll eine andere Perspektive exemplarisch dargestellt werden – konkret die individuelle Perspektive der Beitragszahler. Das Fallbeispiel **(Abbildung 1)** verdeutlicht auch, was von einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch eine Lohnerhöhung für den Arbeitnehmer in der Realität übrigbleibt. Das Fallbeispiel bezieht sich auf eine der vielen Medizinischen Fachangestellten (MFA). Sie ist beschäftigt in einer Gemeinschaftspraxis von zwei Ärzten und wird nach Tarif bezahlt. Am Jahresende 2024 durfte sie sich über eine Gehaltserhöhung von 102 Euro pro Monat freuen – brutto. Tatsächlich kommen nur 14 Euro netto bei der Beschäftigten an. Man kann anhand der Zahlen zudem strukturelle Probleme des gegebenen Finanzierungssystems, die seit Jahrzehnten in der Fachdiskussion verhandelt werden, wie unter einem Brennglas erkennen.

3 Sozialversicherungspflichtige Erwerbsarbeit

Bekanntlich finanziert sich die GKV ganz überwiegend aus Beitragseinnahmen. So stammen von den etwas mehr als 300 Milliarden Euro Einnahmen der GKV im Jahr 2023 über 90 Prozent aus Beitragsmitteln. Eine (anteilig sehr begrenzte) Mitfinanzierung aus Steuermitteln über einen Bundeszuschuss gibt es in diesem Zweig der Sozialversicherung erst seit dem Jahr 2004 (mehr dazu in Kapitel 6).

Von besonderer Bedeutung ist mit Blick auf die Beitragsfinanzierung der GKV eine mehrfache Begrenzung der Beitragsgrundlage, aus der die Mittel generiert werden müssen: Zum einen beschränkt sich die Beitragserhebung grundsätzlich auf die Einkommen der Mitglieder aus sozialversicherungspflichtiger Arbeit, wobei neben einer prozentual gleichen Belastung der Einkommen durch die Beitragsbemessungsgrenze eine Deckelung nach oben eingezogen ist. Die liegt in der GKV (und der SPV) 2025 bei 5.512,50 Euro pro Monat. Jeder Euro, der darüber hinaus verdient wird, ist von einer Verbeitragung verschont. Zugleich wird in diesem Bereich bei den gesetzlich Pflichtversicherten ausschließlich das beitragspflichtige Lohneinkommen zur Finanzierung herangezogen (abweichend ist die Regelung bei den freiwillig Versicherten). Hinzu kommt als weltweit einmalige Besonderheit aufgrund der Dualität des Krankenversicherungssystems die Versicherungspflichtgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB V), deren Überschreiten eine Abwanderung aus der GKV in die private Krankenversicherung (PKV) ermöglicht – im Jahr 2025 liegt diese Grenze bei 73.800 Euro pro Jahr (6.150 Euro pro Monat). Höhere Einkommen können sich also in das Sondersystem der PKV verabschieden. Zehn Prozent der Bevölkerung sind in diesem Zweig vollversichert, darunter mehr als 50 Prozent Beamte und deren Familienangehörige, die sich nur ergänzend privat versichern müssen, weil sie einen Beihilfeanspruch gegenüber ihrem Dienstherrn haben, der entsprechende Aufwendungen aus Steuermitteln finanziert.

Damit stellt sich das seit Langem und ausführlich beschriebene Problem, dass gerade die höheren Einkommen entweder vollständig der Mitfinanzierung der GKV entzogen sind oder die Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze nicht herangezogen werden können. Dadurch wird der Beitragsdruck in mehrfacher Hinsicht fokussiert: Begrenzt (im Regelfall ausschließlich) auf Lohneinkommen, die auch noch

Abbildung 1 Fallbeispiel zum Thema Abgabenbelastung

Medizinische Fachangestellte (MFA) in einer Gemeinschaftspraxis in Teilzeit, alleinerziehend (1 Kind)*, Arbeitszeit: 27 Stunden pro Woche				
	Betrag in Euro im Dezember 2024	Betrag in Euro im Januar 2025	Anstieg in Euro	Anstieg in Prozent
Bruttogehalt	2.642,00	2.744,00	102,00	3,9
Lohnsteuer	118,41	166,50	48,09	40,6
KV-Beitrag AN**	205,89	230,36	24,47	11,9
RV-Beitrag AN	245,80	255,19	9,39	3,8
AV-Beitrag AN	34,38	35,67	1,29	3,8
PV-Beitrag	44,93	49,39	4,46	9,9
Nettogehalt	**1.992,59**	**2.006,89**	**14,30**	**0,7**

Quelle: eigene Berechnung; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

KV = Krankenversicherung RV = Rentenversicherung AV = Arbeitslosenversicherung PV = Pflegeversicherung AN = Arbeitnehmer
*) Steuerklasse 2, Kinderfreibetrag: 0,5
**) Beitragssatz zur KV: 15,58 Prozent im Dezember 2024 beziehungsweise 16,79 Prozent im Januar 2025

Von einer Gehaltserhöhung von 102 Euro zum Januar 2025 verbleiben der MFA 14,30 Euro netto. Der Rest wird über die Lohnsteuer und Beiträge zur Sozialversicherung abgezogen.

gedeckelt sind durch die Beitragsbemessungsgrenze, und neben einer beitragsfreien Familienmitversicherung wird entsprechend dem solidarischen Finanzierungscharakter eine strikt einkommensabhängige Verbeitragung vorgenommen. Das hat zur Folge, dass Versicherte mit sehr niedrigen Lohneinkommen auch nur sehr niedrige Beiträge zahlen müssen, ohne dass das korrespondierend Auswirkungen auf der Leistungsseite hat. Dieser Aspekt ist grundsätzlich eine Herausforderung, besonders aber im Kontext der Tatsache, dass dieser Mechanismus auch bei den versicherten Rentnern greift, bei denen die Bemessungsgrundlage naturgemäß niedriger ist als während des aktiven Erwerbslebens.

Dem Umlageverfahren entsprechend hat die GKV die laufenden Ausgaben aus den laufenden Einnahmen zu decken, die ganz überwiegend aus den Beiträgen geschöpft werden müssen. Wenn jetzt aber die Bemessungsgrundlage aufgrund der Verengung auf einen Ausschnitt des Lohneinkommens aus sozialversicherungspflichtiger Erwerbsarbeit (der nicht nur oben abgeschnitten wird durch die Beitragsbemessungsgrenze, sondern auch nach unten hin durch die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse) unter Druck gerät, was offensichtlich erkennbar wird in Wirtschaftskrisen mit einem Anstieg der Arbeitslosigkeit, dann rutscht das von der Hand in den Mund lebende System ganz schnell in ein Defizit, wenn sich die Ausgaben nicht gleichsam an die sich verändernden Einnahmen anpassen, in dem Fall also nach unten, was faktisch erhebliche Leistungskürzungen bedeuten würde, die man aber nicht durchsetzen kann oder will. Dann muss es entsprechende Mechanismen geben, die einen Defizitausgleich über eine andere Quelle ermöglichen. Und da gibt es grundsätzlich neben den Beiträgen (und/oder einer Verlagerung von bislang kollektiv finanzierten Leistungen auf die einzelnen Individuen) nur den Griff zu Steuermitteln.

Das angesprochene strukturelle Finanzierungsproblem der GKV muss vervollständigt werden mit einem

über das gegebene System hinausreichenden Hinweis auf den Tatbestand, dass sich das beitragspflichtige Lohneinkommen schon seit Langem entkoppelt von der Entwicklung der am Bruttoinlandsprodukt (BIP) gemessenen volkswirtschaftlichen Wertschöpfung. Letztere entwickelt sich weitaus dynamischer als die mehrfach beschränkte Beitragsgrundlage der GKV. Mit anderen Worten: Ein größer werdender Anteil der Wertschöpfung wird nicht (mehr) zur Finanzierung herangezogen. Die ganze, naturgemäß höchst strittige und vor allem schon in den 1980er-Jahren intensiv geführte Diskussion über eine wie auch immer geartete „Wertschöpfungsabgabe" (zuweilen auch als „Maschinensteuer" beziehungsweise „Maschinenbeitrag" tituliert) dreht sich letztendlich um die Frage, ob und wie man eine Umbasierung der Beitragsbemessung hinbekommen kann – weg von der ausschließlichen Bezugnahme auf die Lohneinkommen und hin zu einer Belastung der gesamten Wertschöpfung (vergleiche *Willnow 2010; Bach et al. 2016; Huchzermeier und Rürup 2018*).

Es gibt zahlreiche skeptische Anfragen beziehungsweise Zurückweisungen einer Umbasierung oder zumindest einer Ergänzung der Beitragsgrundlage. Allerdings sollte gerade bei dem, was in den kommenden Jahren allein aufgrund der demografischen Entwicklung im Zusammenspiel mit den damit einhergehenden steigenden Bedarfen auf uns zukommen wird, dieser Hinweis von Klaus Jacobs nicht fehlen: „… im Status quo (werden) personalintensive Dienstleistungsbranchen, nicht zuletzt auch die Gesundheits- und Pflegeversorgung, durch Sozialabgaben vergleichsweise stark, dagegen zwar wertschöpfungs-, aber nicht in gleichem Umfang beschäftigungsintensive Branchen aus dem wachsenden Bereich der Digitalwirtschaft entsprechend weniger stark an der Finanzierung der Sozialversicherungen beteiligt. Eine Umbasierung der aktuell ausschließlich entgeltbezogenen Arbeitgeberbeiträge, wie sie in den 1980er-Jahren bereits einmal intensiv … diskutiert wurde, sollte bei einer zukunftsgerichteten Neubestimmung der Ausprägung des Solidaritätsprinzips von GKV und SPV mit auf die Agenda gesetzt werden" *(Jacobs 2023, 491)*.

Im bestehenden System bleibt also bei relativer Konstanz der Leistungsseite erst einmal nur das Drehen an der Beitragsschraube, was die Versicherten gerade (wieder einmal) erleben mussten. Das Fallbeispiel mit der MFA und ihrer Einkommensentwicklung in Kapitel 2 verdeutlicht das Gewicht der Sozialabgaben für ihre Belastung insgesamt. Sie hat 2025 bei einem Brutto-Gehalt von 2.744 Euro insgesamt Abzüge von fast 27 Prozent, und mit 570 Euro entfällt ein Großteil auf Beiträge zur Sozialversicherung. Der Lohnsteuer-Abzug liegt mit 166,50 Euro deutlich niedriger. Allerdings ist der Belastungssprung bei der Lohnsteuer mit über 40 Prozent mehr im konkreten Fall deutlich stärker ausgeprägt als die bereits erheblichen Anstiege beim GKV-Beitrag (+11,9 Prozent) oder dem Pflegeversicherungsbeitrag (+9 Prozent). Hier wird die oft beschriebene Problematik erkennbar, dass die Grenzsteuersätze oberhalb des Grundfreibetrags schnell ansteigen.

In diesem Kontext wird dann immer wieder eine ergänzende beziehungsweise substituierende Steuerfinanzierung diskutiert – die es seit 2004 in der GKV in einem sehr überschaubaren Umfang auch schon gibt. Aber vor einem detaillierteren Blick auf diesen Ansatzpunkt einer Teillösung der Finanzierungsprobleme der GKV sei ausgehend von dem exemplarisch aufgezeigten Belastungsprofil der alleinerziehenden MFA in Teilzeit darauf hingewiesen, dass bekanntlich die Steuermittel nicht vom Himmel fallen, sondern aus unterschiedlichen Quellen generiert werden müssen.

Wenn man sich in diesem Zusammenhang anschaut, wie sich die Entwicklung der Steuereinnahmen (ohne reine Gemeindesteuern) im Jahr 2024 darstellt (vergleiche *BMF 2025*), dann kann man erkennen, dass es mit Abstand zwei Hauptquellen auf der Einnahmenseite für den Staat gibt: zum einen die Umsatzsteuer (302 Milliarden Euro), zum anderen die Lohnsteuer (249 Milliarden Euro; hinzu kommt hier – zumindest teilweise – noch die veranlagte Einkommensteuer in einer Größenordnung von 75 Milliarden Euro). Das sind die beiden wichtigsten Quellen, aus denen die Steuermittel vor allem generiert werden (können).

Bleiben wir noch einen Moment bei dem Fallbeispiel aus dem zweiten Kapitel. Immer wieder wird in der öffentlichen Debatte über „die" Steuerbelastung darauf hingewiesen, dass es doch die Reichen seien, die heute (schon) die Hauptlast der Steuern zu tragen hätten, man könne die „nicht noch mehr" belasten, sondern ganz im Gegenteil, die brauchten eine Entlastung. Was aber dabei fehlt, ist folgender Hinweis: Das mag isoliert vielleicht richtig sein für den Bereich der Einkommensteuer, es blendet aber aus, dass die Steuerfinanzierung insgesamt neben der direkten auch und gerade von der indirekten Besteuerung gespeist wird. Und die Umsatzsteuer zahlen eben alle Haushal-

te und dabei anteilig gesehen vor allem die mit niedrigen oder mittleren Einkommen. Man müsste also bei der MFA neben den offensichtlichen Abzügen auch noch in Rechnung stellen, dass sie bei zahlreichen Transaktionen Mehrwertsteuer zu zahlen hat.

Bach et al. *(2016)* haben mit Blick auf die Verteilungswirkungen darauf hingewiesen, dass die Einkommen- und Unternehmenssteuern stark progressiv sind und vorwiegend Haushalte mit höheren Einkommen belasten. Die Einkommensteuer ist – wie vom Gesetzgeber beabsichtigt – deutlich progressiv und wird größtenteils von den einkommensstarken Haushalten getragen: Die reichsten zehn Prozent zahlen fast 60 Prozent des gesamten Aufkommens, während die untere Hälfte nur zu fünf Prozent beiträgt. Aber man muss den Blick weiten: Die prozentuale Belastung mit Steuern und Sozialbeiträgen in Deutschland ist erstaunlich gleichmäßig über alle Einkommensgruppen verteilt und wirkt nur wenig progressiv. Wenn man auch die Sozialbeiträge berücksichtigt, dann fällt die gesamte relative Belastung der mittleren Einkommen nicht viel geringer aus als die der sehr hohen Einkommen. So geben die einkommensschwächsten zehn Prozent der Haushalte 23 Prozent ihres Bruttoeinkommens für die indirekten Steuern aus, die obersten zehn Prozent dagegen nur sieben Prozent ihres Einkommens. Da die indirekten Steuern auf die Konsumausgaben überwälzt werden, belasten sie das Existenzminimum. Durch die indirekten Steuern verläuft die gesamte Steuerbelastung im unteren Einkommensbereich deutlich regressiv. Progression und Umverteilung des Steuersystems sind seit Ende der 1990er-Jahre zurückgegangen.

Interessant sind diese Hinweise aus der Arbeit von Bach et al.: „Auch die Sozialbeiträge haben teilweise den Charakter von Steuern, insoweit die Versicherten keine äquivalenten Leistungen für ihre Beiträge bekommen. Rechnet man überschlägig die Hälfte der Sozialbeiträge den Steuern zu, so erhöht sich die Belastung der Haushalte mit mittleren und höheren Einkommen beträchtlich. Die Top-Einkommen profitieren dagegen von den Beitragsbemessungsgrenzen. Dadurch ist die Gesamtbelastung der mittleren Einkommen nicht viel niedriger als bei den Top-Einkommen. Zudem haben Haushalte mit hohen Einkommen größere Steuergestaltungsmöglichkeiten. Ferner können sie Unternehmensgewinne in Holdinggesellschaften, Stiftungen oder Family Offices thesaurieren, so dass sie insoweit nicht mit Abgeltungsteuer oder progressiver Einkommensteuer belastet werden“ *(DIW 2016)*.

4 Versicherungsfremde Leistungen

Die Forderung nach einer stärkeren Steuerfinanzierung der Krankenversicherung wird aktuell (wieder) von ganz unterschiedlichen Seiten in die politische Diskussion eingebracht. Wieder deshalb, weil es schon einmal, vor allem in den 1990er- und noch Anfang der 2000er-Jahren (vergleiche *Sell 1997* und *Sell 2000*), eine intensive Debatte über die sogenannten versicherungsfremden Leistungen in der Sozialversicherung gegeben hat, die eigentlich richtigerweise über Steuer- statt Beitragsmittel finanziert werden sollten. Hierzu gibt es eine lange verfassungs- und sozialrechtliche Traditionslinie der Diskussion (vergleiche für eine rechtswissenschaftliche Zusammenfassung *Zimmermann 2009, 173 ff.*). Für die volkswirtschaftlich-sozialpolitikwissenschaftliche Diskussionslinie sei hier vor allem auf die Arbeiten von Winfried Schmähl verwiesen (etwa *Schmähl 2006* und *Schmähl 2009*). Die mittlerweile höchst ausdifferenzierte Diskussion kann hier nicht nachgezeichnet werden, es muss aber darauf hingewiesen werden, dass man in der Literatur ein sehr breites Definitionsspektrum für versicherungsfremde Leistungen vorfindet. Und je nach Abgrenzung variieren natürlich auch die Volumina der eigentlich aus Steuermitteln zu finanzierenden Ausgaben in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung (vergleiche für den GKV- und SPV-Bereich die Übersicht über die Spannweite in *Deutscher Bundestag 2016*). Erschwerend kommt hinzu, dass die meisten Ausarbeitungen zu versicherungsfremden oder nicht versicherungsadäquaten Leistungen von Interessengruppen in Auftrag gegeben wurden, die an bestimmten Größenordnungen ein Interesse haben.

5 Hartz IV- und Bürgergeldbezieher in der GKV

In der aktuellen Diskussion wird nicht nur von den Krankenkassen mit Vehemenz darauf hingewiesen, dass für die vielen Bürgergeldbezieher viel zu niedrige Beiträge an die GKV gezahlt werden, sodass ein ansehnlicher Milliardenbetrag seitens der Beitragszahlergemeinschaft aufgebracht werden muss, der richtigerweise aus Steuermitteln finanziert werden müsste. Konzeptionell wird die Versicherungsfremdheit hier am Ausmaß der Kostendeckung durch die für beziehungsweise von Hartz-IV- beziehungsweise Bürger-

geldbeziehern geleisteten Beiträge in der GKV festgemacht. Ein erster Anlauf dazu wurde bereits 2017 unternommen (vergleiche *IGES Institut 2017*). Die hat dann so eine Medienresonanz gefunden: „Ein neues Gutachten zeigt, dass die Bundesregierung den Krankenkassen jedes Jahr fast zehn Milliarden Euro weniger zahlt, als diese für Hartz-IV-Bezieher ausgeben … Statt der bezahlten knapp 100 Euro sei eigentlich ein Betrag von bis zu 290 Euro je Hilfebezieher und Monat nötig, um deren Kosten auszugleichen" *(FAZ 2017)*.

Die damaligen Berechnungen sind zwischenzeitlich aktualisiert worden (vergleiche *IGES Institut 2024*; hierbei handelt es sich um ein Gutachten für den GKV-Spitzenverband). Der Grad der Kostendeckung wird dabei auf Systemebene betrachtet, das heißt, es geht um die Lastenteilung zwischen dem Steuerhaushalt des Bundes und dem Beitragshaushalt der GKV. Darüber hinaus wird auf dieser Basis eine kostendeckende Beitragspauschale berechnet, so Ochmann et al. in ihrem Gutachten des IGES Instituts. Und sie vergleichen das mit den Ergebnissen aus 2017 *(ebenda)*: „Bei Einbezug von erwerbstätigen und erwerbslosen Aufstockern sowie Familienversicherten fiel der Saldo im Jahr 2022 mit –9.218 Mio. € betragsmäßig nur geringfügig niedriger aus als mit –9.590 Mio. € im Jahr 2016. Der Anteil der durch Beitragseinnahmen gedeckten Gesamtausgaben (Deckungsquote) ist von 38 % auf 39 % geringfügig gestiegen." Im Jahr 2022 hätte eine kostendeckende Beitragspauschale in Höhe von 311,45 Euro monatlich gezahlt werden müssen – tatsächlich bekommen haben die Krankenkassen aber nur 108,48 Euro pro Person und Monat. Die Forderung nach einer vollständigen Steuerfinanzierung der Absicherung in der GKV für die Bürgergeldbezieher ist grundsätzlich nachvollziehbar und würde mit der kalkulierten Größenordnung von deutlich über neun Milliarden Euro, die derzeit aus Beitragsmitteln zweckentfremdet werden, auch zu einer entsprechend erheblichen Entlastung der Krankenkassen an der Beitragsfront beitragen können. So weit, so richtig.

Allerdings mehr als ambivalent ist die Vorgehensweise einer Einnahmen-Ausgaben-Rechnung für einzelne Gruppen, hier der Bürgergeldbezieher nach dem SGB II. Und die Begründung, aufgrund einer erheblichen „Deckungslücke" zwischen den Einnahmen und den Ausgaben müsse eine „kostendeckende Beitragspauschale" konstruiert werden. So verständlich das aus der Perspektive der Kassenhaushalte ist – der ganze Ansatz muss mit sehr spitzen Fingern angefasst werden (vergleiche dazu *Sell 2017*). Das hier relevante Problem hat etwas zu tun mit den Grundprinzipien der GKV, die aus guten Gründen als Sozialversicherung ausgestaltet wurde. Man kann sich den Unterschieden zwischen dem Privaten und dem Sozialen beispielsweise so annähern: Grundsätzlich gilt, dass das Versicherungsprinzip auf dem statistischen Gesetz der „großen Zahlen" beruht. Das heißt: Der im Einzelfall nicht vorhersehbare Risikoeintritt und der vorher nicht bestimmbare Bedarf an Mitteln werden für eine größere Gesamtheit der von gleichartigen Risiken Betroffenen zu kalkulierbaren Größen. Wie sieht es nun aus, wenn man auf der Basis von Privatversicherungen operiert? Im Falle der Privatversicherung werden die Versicherungsprämien auf der Basis von Risikoausgleichskalkülen nach dem Prinzip der versicherungstechnischen Individualäquivalenz gestaltet, also mithilfe der strengen Orientierung der Prämienleistungen am Erwartungsschaden: Risikoeintrittswahrscheinlichkeit mal erwartete Schadenshöhe.

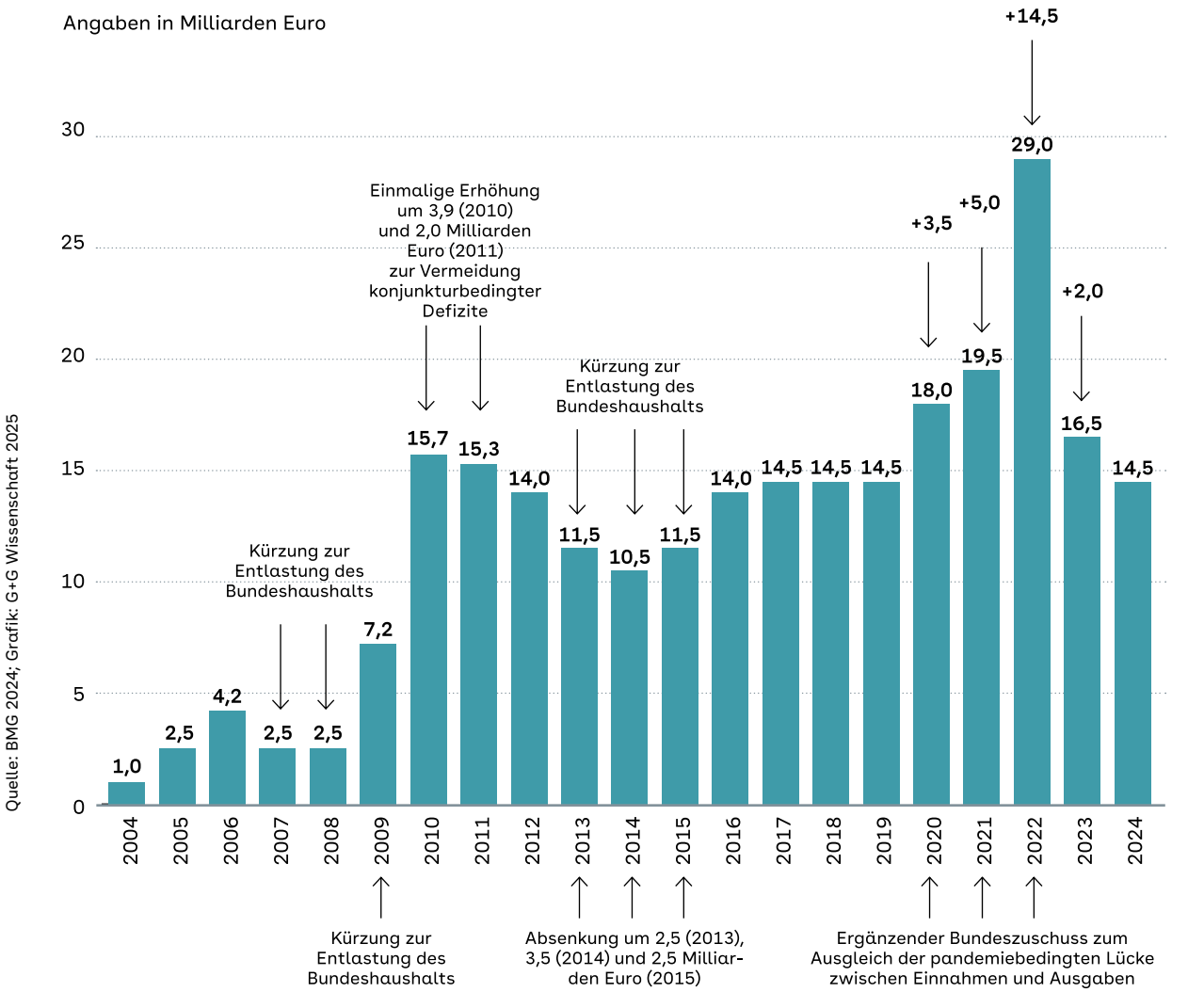
Das Sozialversicherungsprinzip ist ein in zweifacher Weise nach dem Grundsatz der Solidarität modifiziertes Individualversicherungsprinzip:

a) Die Beiträge in der Sozialversicherung sind nicht an individuellen Risikowahrscheinlichkeiten orientiert.
b) Auch die Versicherungsleistungen sind nicht streng beitragsorientiert. Es gibt nur eine relative Beitragsäquivalenz der Leistungen (man denke hier an den Zusammenhang zwischen Beitragshöhe und den dadurch erworbenen Leistungsansprüchen in der gesetzlichen Rentenversicherung). Speziell in der GKV haben wir den Tatbestand, dass es bei den dominierenden Sachleistungen überhaupt keine Äquivalenz gibt zwischen der Beitragshöhe und dem Leistungsanspruch.

Eine Folge des Solidaritätsprinzips ist es, dass die Sozialversicherung im Gegensatz zur Individual- oder Privatversicherung für die Pflichtversicherten weder Risikoausschlüsse noch Leistungsausschlüsse kennt. Das hat Konsequenzen in der GKV: Wir haben es hier mit mehreren Umverteilungsdimensionen zu tun, derer man sich bewusst sein sollte.

Zum einen wird in der GKV auf der Finanzierungsseite von hohen zu niedrigen Einkommen umverteilt, denn alle erwerben den gleichen Umfang an Versicherungsschutz (wenn wir vom Sonderfall des Kran-

Abbildung 2 Steuerfinanzierter Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds der GKV



Quelle: BMG 2024; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

Der Bundeszuschuss existiert seit 2004. Im Laufe der vergangenen 20 Jahre wurde er mehrfach und mit recht unterschiedlicher Motivation angehoben und abgesenkt. 2024 betrug seine Höhe 14,5 Milliarden Euro.

kengeldes absehen). Ganz genau formuliert haben wir eine doppelte Umverteilung von hohen zu niedrigeren Einkommen: zum einen zeitpunktbezogen zwischen verschiedenen Personen, in der GKV zum anderen auch zusätzlich mit Blick auf den Lebenslauf des einzelnen Versicherten eine intertemporale Umverteilung zwischen höheren und geringeren Einkommen der einzelnen Personen dadurch, dass die Beiträge in der aktiven Erwerbsphase durch die dort realisierten Einkommen höher sind als in der Zeit des Rentenbezugs, wo geringere Beiträge anfallen für die Krankenkassen. Zugleich ist das aber gerade die Zeit, in der aufgrund der Alterskorrelation vieler Erkrankungen und Behandlungsbedarfe deutlich höhere Ausgaben anfallen. Insofern haben wir eine Umverteilung von jungen zu älteren Versicherten – und das sowohl intra- als auch interpersonell. Des Weiteren haben wir eine Umverteilung von Gesunden zu Kranken, was die grundsätzliche Versicherungsfunktion reflektiert. Und die Leistungen für die Kranken werden nicht differenziert nach ihrem Beitragsaufkommen.

Der entscheidende Punkt ist: In der GKV kann es aufgrund des Finanzierungssystems immer nur „kos-

tendeckende Beiträge“ im Kollektiv geben, niemals für einzelne Teilgruppen des Kollektivs. Konsequenterweise werden dann auch alle Einnahmenkomponenten der Krankenkassen erst einmal in einen großen Topf geworfen („Gesundheitsfonds“) und in einem zweiten, durch den „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ modifizierten Schritt wieder an die Kassen ausgeschüttet, um deren Ausgaben zu decken.

So nachvollziehbar isoliert betrachtet die Argumentation der Krankenkassen auf der Basis der Daten von Ochmann et al. *(IGES Institut 2024)* auch ist, dass sich der Bund hier wieder einmal einen schlanken Fuß macht und die Lasten auf die Beitragszahler abwälzt: Der ganze Ansatz stellt ab auf ein der bisherigen GKV wesensfremdes Element einer „gruppenbezogenen Risikoäquivalenz“ und damit auf ein Merkmal, das wir aus der Kalkulationslogik der Prämien in der PKV kennen, die aber ganz anderen Konstruktionsprinzipien folgt. Man könnte an dieser Stelle argumentieren: „Kostendeckende“ Beiträge für einzelne Teilgruppen unter den Versicherten würden eine zentrale Säule der GKV als Sozialversicherung zerstören (müssen) – und wenn man das aus strategisch-taktischen Motiven für die Gruppe der Bürgergeldbezieher macht, warum dann nicht auch für andere Gruppen, beispielsweise für die im Durchschnitt ausgabenträchtigen Rentner in der GKV? Ob bewusst oder (eher wahrscheinlich) unbewusst – hier wird die Umverteilungsmechanik der GKV als Sozialversicherung infrage gestellt.

Das bedeutet nicht, dass man die derzeitige Beitragspauschale des Bundes für die GKV-versicherten Grundsicherungsempfänger nicht unbedingt anheben müsste. Das wäre dringend anzuraten, weil die zu niedrige Pauschale ein Beispiel von vielen für die klassischen Verschiebebahnhöfe darstellt, die dringend beseitigt werden sollten. Die versicherungsfremden Leistungen systemadäquat abzugrenzen und „richtig“ zu finanzieren, das wäre allen Schweiß der Edlen wert. Aber dann müsste man auch konsequent berücksichtigen, dass es bei allen anderen Gruppen in der GKV eben keine kostendeckende Beitragskalkulation gibt, wie sie jetzt für diese eine Teilgruppe versucht wird.

6 Der Bundeszuschuss

Es gibt im bestehenden Finanzierungssystem der GKV zumindest seit dem Jahr 2004 eine Steuerfinanzierung, die sogar fest im SGB V normiert wurde. Da findet man den § 221 SGB V mit dem Titel: „Beteiligung des Bundes an Aufwendungen“. Und jetzt wird es spannend. Im Absatz 1 dieses Paragrafen liest man diesen Satz: „Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Milliarden Euro … an den Gesundheitsfonds.“ Da sind sie sogar im Gesetz verankert, die versicherungsfremden Leistungen, und mit einem Preisschild versehen. Nun muss man auch hier sogleich eine Menge Wasser in den aufgetischten Wein gießen, denn das Bundesgesundheitsministerium hat es bis heute nicht geschafft oder schaffen wollen, diese versicherungsfremden Leistungen genau zu benennen (denn das würde ja zur Folge haben, dass sie konkret bepreist werden könnten). Zum anderen ist die Geschichte des bisherigen Bundeszuschusses in der GKV ein Trauerspiel für alle Verfechter einer notwendigerweise deutlich umfangreicheren Steuerfinanzierung in der GKV (und auch in der SPV). Das nicht nur, weil der Betrag viel zu niedrig dimensioniert ist, sondern auch, weil das Auf und Ab des Bundeszuschusses **(Abbildung 2)** aus Kürzungs-, aber auch aus Stützungsmotiven des Bundes so heftig ausfällt, dass man die Skepsis derjenigen versteht, die beim Thema Steuerfinanzierung auf die Gefahren einer unzuverlässigen und willkürlichen Finanzausstattung der GKV hinweisen (vergleiche *Jacobs 2020* mit seiner Darstellung der Achterbahnfahrt des Bundeszuschusses zur GKV).

7 Fazit: Regelbindung nötig

Wie angedeutet, wird seit vielen Jahren teilweise erbittert darüber gestritten, was genau (nicht) eine versicherungsfremde Leistung in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung ist. Das kann man letztlich unauflösbar weitertreiben – oder man findet eine Lösung für eine relativ unabhängige Abgrenzung dieser Leistungen, die dann nicht nur als solche etikettiert werden, sondern in der Folge ihrer Zuordnung regelgebunden aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Dies kann eine von der Bundesregierung und der Sozialversicherung eingesetzte unabhängige Gutachtergruppe machen, deren Aufgabe einzig in einer so weit wie möglich systematisch begründeten Abgrenzung der Leistungen besteht.

Das Sozialversicherungssystem und hierbei besonders die GKV wie auch die SPV brauchen dringend eine

sachlich begründete deutliche Anhebung der Steuerfinanzierung – und das wie gesagt regelgebunden und somit nachhaltig. Der Ansatz ist auch vor dem Hintergrund zu verstehen, dass Steuern dem Non-Affektationsgebot unterliegen, sie also eben nicht zweckgebunden erhoben werden dürfen. Man kann eine faktische Zweckbindung nur über Regelwerke herstellen, die eine entsprechende Bindungswirkung entfalten können.

Und der Bedarf ist enorm: Man denke aktuell nur an die eklatante missbräuchliche Inanspruchnahme von Beitragsgeldern (nur) aus der GKV für die Finanzierung der einen Hälfte des 50 Milliarden Euro schweren Transformationsfonds im Gefüge der Krankenhausreform. Das sind nun wirklich Aufgaben, die gesamtgesellschaftlicher Natur sind und die von allen Steuerzahlern gestemmt werden müssen. Das Gleiche gilt für die anstehenden umfangreichen Anpassungen der Pflegelandschaft an die sich verändernden Rahmenbedingungen. Alle wissen, dass das historisch gewachsene, versäulte System aus häuslicher, ambulanter und stationärer Langzeitpflege kein tragfähiges Konzept für die vor uns liegenden Jahre mehr darstellt. Auf dem Weg einer konsequenten Kommunalisierung wird man nicht um erhebliche Investitionen in eine neue Pflegeinfrastruktur herumkommen, die in den Zwischenwelten zwischen dem heutigen ambulanten und stationären Setting liegen wird. Das ist eine zutiefst öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge, die aus Steuermitteln gestemmt werden muss.

Etwas macht die Angelegenheit noch unschöner: Auch eine stärkere Steuerfinanzierung ist eingebettet in eine Finanzierungsverflechtungsfalle, die – siehe das vorzeitige Ende der Ampel-Koalition – schon bei der Frage nach der Finanzierung von allen geforderter und nachvollziehbarer Investitionen aufgrund steuerpolitischer Blockaden eine Bundesregierung zu Fall bringen kann. Anders formuliert: Die notwendigen Steuermittel für die GKV wie auch für die SPV werden konkurrieren mit zahlreichen anderen, für sich genommen auch gut begründbaren Finanzierungsbedarfen, wenn man an weite Teile der kommunalen Infrastruktur denkt, an das Bildungssystem, an die enormen Ausgabenbedarfe, die im Sicherheitsbereich entstanden sind oder die mit der sozialökologischen Transformation verbunden sind.

In diesem Konkurrenzgefüge wäre es hilfreich, wenn man in den vor uns liegenden Jahren in der politischen, aber auch in der wissenschaftlichen Debatte die Perspektive weitet und über den Tellerrand schauend herauszukommen versucht aus der „Kostenfalle“ im Sinne eines verengten Blickes nur auf die Ausgabenseite des Gesundheits- und Pflegesystems, wo teilweise der Eindruck erweckt wird, als würden die hier eingesetzten Milliarden in einem schwarzen Loch und damit im Nirwana verschwinden. Immer noch viel zu wenig beachtet und auch gegengerechnet werden die Beschäftigungs- und Wachstumseffekte der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (vergleiche *Ostwald et al. 2025*) Diese erbringt zugleich vorgelagert oftmals Leistungen, die aufgrund des Zusammenspiels mit der Care-Arbeit Voraussetzung dafür ist, dass überhaupt erwerbsmäßig gearbeitet werden kann (vergleiche *Hemerijck und Mushövel 2025* sowie *Sell et al. 2015*). Man denke hier nur an das unauflösbare Gefüge funktionsfähiger Strukturen und Prozesse bei der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege in den vor uns liegenden Jahren angesichts des altersbedingten Übergangs der Babyboomer aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand. Diese Aspekte können helfen, eine notwendige stärkere Steuerfinanzierung nicht nur zu fundieren, sondern sie mit einem positiven Narrativ zu besetzen.

Literatur

Bach S et al. (2016): Wer trägt die Steuerlast in Deutschland? Steuerbelastung nur schwach progressiv. DIW-Wochenbericht, Nr. 51/52, 1207–1216

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2017): Die Wertschöpfungsabgabe als ein möglicher Finanzierungsbaustein der sozialen Sicherung in Deutschland. Forschungsbericht 489, Juli 2017; bmas.de → Publikationen → Forschungsberichte → Suche: Wertschöpfungsabgabe

BMF (Bundesministerium der Finanzen) (2025): Steuereinnahmen im Dezember 2024 und konjunkturelles Umfeld. BMF-Monatsbericht, Januar 2025

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2024): Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2011 bis 2024. Kennzahlen und Faustformeln, Stand: Aug. 2024; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2011 bis 2024

Deutscher Bundestag (2016): Wissenschaftliche Dienste. Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung. Dokumentation. WD 9 – 3000 – 051/16

DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (2016): Steuerbelastung ist in Deutschland relativ gleichmäßig über die Einkommensgruppen verteilt. Pressemitteilung vom 21. Dezember 2016
FAZ (Frankfurter Allgemeine) (2017): Bund erstattet Krankenkassen Milliarden zu wenig. 14.12.2027; faz.net → Suche: Krankenkassen Milliarden zu wenig
Hemerijck A, Mushövel F (2025): Sozialpolitik ist eine Investition. Wie sie Wohlstand sichern und Wachstum ankurbeln kann. Zentrum für neue Sozialpolitik; zentrum-neue-sozialpolitik.org/sozialpolitik-ist-eine-investition/
Huchzermeier D, Rürup B (2018): Auswirkungen des Ersatzes der lohnbezogenen Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung durch eine an der Bruttowertschöpfung orientierte Finanzierungsbeteiligung. Düsseldorf: Handelsblatt Research Institute
IGES Institut (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. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, Dezember 2017
IGES Institut (2024): GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II – Aktualisierung. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld im SGB II. Gutachten für den GKV-Spitzenverband. Berlin, Mai 2024
Jacobs K (2020): Beitrag oder Steuer. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 23, Heft 10, 21–25
Jacobs K (2023): Kranken- und Pflegeversicherung: Zukunftsfähigkeit durch Stärkung der Solidarität. Sozialer Fortschritt, Jg. 72, Heft 6, 479–498
Ostwald D et al. (2025): Mit Gesundheit aus der Wachstumskrise. Ein Handlungsaufruf; wifor.com
Schmähl W (2006): Aufgabenadäquate Finanzierung der Sozialversicherung durch Beiträge und Steuern: Begründungen und Wirkungen eines Abbaus der „Fehlfinanzierung" in Deutschland. ZeS-Arbeitspapier Nr. 5/06. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik
Schmähl W (2009): Sachgerechte Finanzierung der Sozialversicherung als politische Aufgabe. WSI-Mitteilungen, Jg. 62, Heft 7, 390–397
Sell S (1997): Beschäftigungs- und Verteilungseffekte einer Steuerfinanzierung „versicherungsfremder" Leistungen in der Sozialversicherung. Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 43, 526–543
Sell S (2017): Zwischen Verschiebebahnhof und einer der GKV fremden gruppenbezogenen Risikoäquivalenz: „Teure" Hartz IV-Bezieher in der Krankenversicherung mit einer großen „Deckungslücke". Aktuelle Sozialpolitik. Aus den Tiefen und Untiefen der Sozialpolitik. 17.12.2017; aktuelle-sozialpolitik.de → Suche: Deckungslücke
Sell S (2000): Versicherungsfremde Leistungen und Beitragsfinanzierung. In: Schnapp FE (Hrsg.): Finanzierungsfragen der Sozialversicherung. Am Beispiel des Arbeitsförderungsrechts. Tagungsband zum 31. Praktikerseminar des Instituts für Sozialrecht am 28. November 1998 in Bochum (Bochumer Schriften zum Sozialrecht, Band 4). Frankfurt: Lang, 37–67
Sell S et al. (2015): MehrWertSchöpfung. Eine Studie zur ökonomischen Bedeutung der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz. Aachen: Shaker Verlag
Willnow A (2010): Die Wertschöpfungsabgabe als Bestandteil eines Transformationskonzeptes? In: Müller H (Hrsg.): Von der Systemkritik zur gesellschaftlichen Transformation. Studien zur Philosophie & Wissenschaft gesellschaftlicher Praxis. Norderstedt: BoD, 230–250
Zimmermann M (2009): Sozialversicherung und Privatversicherung im Kompetenzengefüge des Grundgesetzes. Dargestellt unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Schriften zum Gesundheitsrecht, Band 19. Berlin: Duncker und Humblot

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 12. März 2025)

Der Autor

Prof. Dr. rer. soc. Stefan Sell, Jahrgang 1964, hat Sozialwissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum studiert und dort promoviert. Nach Berufstätigkeiten bei der Bundesanstalt für Arbeit und im Bundeskanzleramt wechselte er auf eine Professur an der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung in Mannheim. Seit 1999 ist er Professor für Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik und Sozialwissenschaften an der Hochschule Koblenz, Campus Remagen.

Kontakt

Prof. Dr. Stefan Sell, Hochschule Koblenz, Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Joseph-Rovan-Allee 2, 53424 Remagen, Telefon: 02642 932 202, E-Mail: sell@hs-koblenz.de

Foto: privat