

STUDY

Nr. 102 • Dezember 2025 • Hans-Böckler-Stiftung

VERSICHERUNGSFREMDE LEISTUNGEN IN DER GKV

**Systematische Darstellung und Bewertung vorliegender Ansätze zur
Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der Gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV)**

Martin Albrecht¹, Richard Ochmann²

KURZBESCHREIBUNG

Aufwendungen der GKV für versicherungsfremde Leistungen werden durch steuerfinanzierte Bundeszuschüsse pauschal abgegolten. Schon länger wird kritisiert, dass deren Höhe von 14,5 Mrd. Euro jährlich die Aufwendungen für diese Leistungen nicht decken. Zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen gibt es weder eine Legaldefinition, noch einen fachlich-wissenschaftlichen Konsens. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang über ein sehr breites Spektrum von Geld- und Sachleistungen. Die vorliegende Studie enthält eine systematische Darstellung und Bewertung vorliegender Ansätze zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der GKV und quantifiziert deren Umfang. Die als potenziell versicherungsfremd eingestuften Leistungen umfassen ein finanzielles Volumen von insgesamt rund 64 Mrd. Euro. Davon lassen sich knapp 22 Mrd. Euro nach den von den Autoren verwendeten konzeptionellen Kriterien als versicherungsfremd begründen, auf weitere rund 36 Mrd. Euro trifft dies teilweise zu. Darunter entfallen die größten Anteile auf familienpolitisch motivierte Leistungen, insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung. Knapp 7 Mrd. Euro können dagegen kaum als versicherungsfremd eingestuft werden. Neben einer direkten Steuerfinanzierung werden weitere Ansätze diskutiert, die finanziellen Belastungen aus versicherungsfremden Leistungen zu verringern.

¹ Dr. Martin Albrecht, IGES Institut GmbH, Berlin, martin.albrecht@iges.com.

² Dr. Richard Ochmann, IGES Institut GmbH, Berlin, richard.ochmann@iges.com.

Inhalt

1.	Hintergrund und Zielsetzung	3
2.	Konzeptuelle Grundlagen	5
2.1	Äquivalenzprinzip	6
2.2	Personen(gruppen)bezogene Abgrenzung	8
2.2.1	Erwerbsbezug	8
2.2.2	Familienbezug	14
2.2.3	Einkommensbezug	17
2.3	Leistungsbezogene Abgrenzung	19
3.	Quantifizierung potenziell versicherungsfremder Leistungen	21
3.1	Präventionsleistungen	21
3.2	Beitragsbefreiung	21
3.3	Familienbezogene Sachleistungen	24
3.3.1	Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	24
3.3.2	Leistungen zur Empfängnisverhütung	25
3.3.3	Betriebs- und Haushaltshilfen	25
3.4	Weitere familienpolitische Leistungen	25
3.5	Unterstützung einkommensschwacher Gruppen	25
3.5.1	Deckungslücke bei Bürgergeldbeziehern	25
3.5.2	Beitragspauschalen Midi-Jobs	26
3.5.3	Reduzierte Beiträge für pflichtversicherte Studierende	27
3.5.4	Zuzahlungsbefreiungen	27
3.5.5	Freibetrag betriebliche Altersvorsorge	27
3.6	Strukturförderung im Gesundheitswesen	28
3.7	Weitere Leistungsbereiche	29
4.	Diskussion	30
4.1	Als versicherungsfremd begründbare Leistungen	30
4.2	Teilweise als versicherungsfremd begründbare Leistungen	34
4.3	Kaum als versicherungsfremd begründbare Leistungen	37
4.4	Zusammenfassung	39
	Literaturverzeichnis	43

Tabellen

Tabelle 1:	Potenziell versicherungsfremde Leistungen nach Bereich	23
Tabelle 2:	Versicherungsfremde Leistungen mit Einstufung „begründbar“	32
Tabelle 3:	Versicherungsfremde Leistungen mit Einstufung „teilweise begründbar“	36
Tabelle 4:	Versicherungsfremde Leistungen mit Einstufung „kaum begründbar“	38
Tabelle 5:	Schätzung der finanziellen Größenordnung als potenziell versicherungsfremd diskutierter Leistungen (in Mio. Euro) nach Einstufung der Begründbarkeit	41

1. Hintergrund und Zielsetzung

Die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich zuletzt noch schlechter dargestellt, als selbst pessimistische Einschätzungen zuvor hatten erwarten lassen. Allein im Jahr 2024 haben die gesetzlichen Krankenkassen ein Defizit von insgesamt 6,6 Mrd. Euro ausgewiesen. Da in der GKV die Ausgaben im Trend stärker zunehmen als die beitragspflichtigen Einnahmen, wäre – wenn keine gegensteuernden Reformmaßnahmen ergriffen werden – mit kontinuierlich weiter steigenden Beitragssätzen zu rechnen.

Parallel zu der sich verschlechternden Finanzlage der GKV werden von zahlreichen Akteuren im Gesundheitswesen zunehmend Forderungen erhoben, die Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt an die GKV zu erhöhen, um damit den Teil der GKV-Ausgaben stärker abzudecken, der auf versicherungsfremde Leistungen zurückzuführen sei. Hintergrund ist eine schon seit vielen Jahren geführte Debatte über das Verhältnis von Beitragsfinanzierung und Steuerfinanzierung in der sozialen Sicherung bzw. bei der Finanzierung von gesellschafts-, sozial- und familienpolitischen Leistungen (vgl. Rürup 2005).

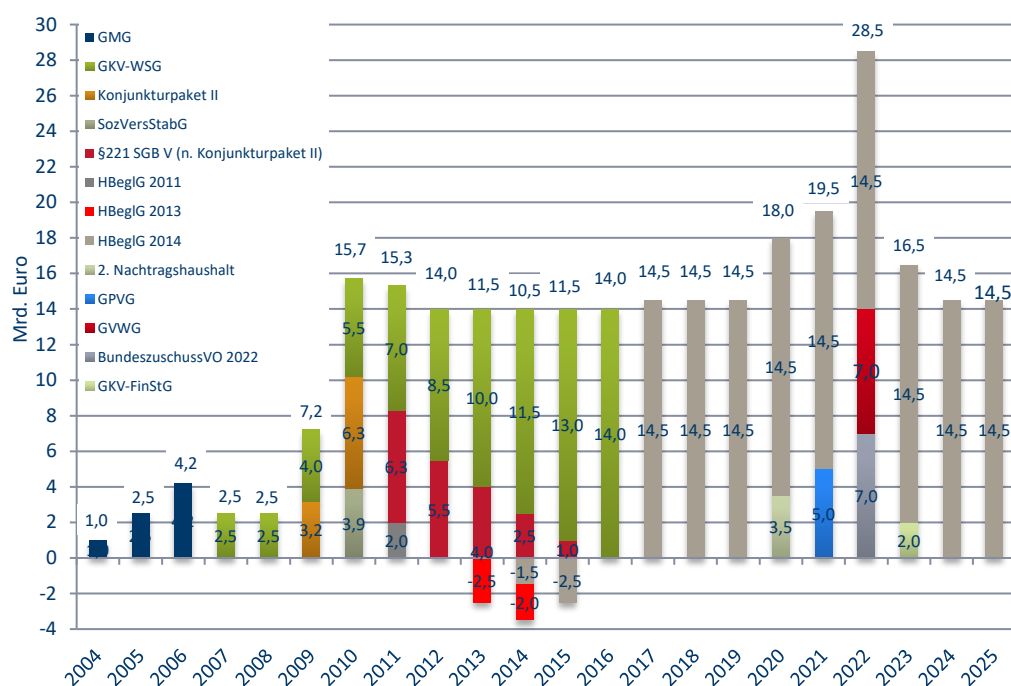
Gemäß § 221 SGB V leistet der Bund zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds. Diese reguläre Höhe gilt seit dem Jahr 2017 (Abbildung 1). Ursprünglich war der Bundeszuschuss gesetzlich auf dauerhaft 4,2 Mrd. Euro ab dem Jahr 2006 festgelegt, sollte zwischenzeitlich wieder abgeschafft werden und wurde dann im Kontext der Wirtschafts- und Finanzkrise ab dem Jahr 2009 kräftig aufgestockt. Es folgte eine Phase von Kürzungen zum Zweck der Haushaltssanierung. Zur Kompensation der finanziellen Folgen der Covid-19-Pandemie für das Gesundheitssystem kam es in den Jahren 2020 bis 2023 erneut zu temporären Aufstockungen. Seit dem Jahr 2024 entspricht der Bundeszuschuss wieder seiner regulären Höhe. Eine regelgebundene Dynamisierung bzw. Anpassung der Beteiligung des Bundes findet nicht statt und ist bislang gesetzlich auch nicht vorgesehen.

Die Forderungen nach einer Erhöhung der Bundesmittel zur Finanzierung der GKV beziehen sich zum einen auf diese ausbleibende Dynamisierung, wodurch der Anteil des Bundeszuschusses an den Gesamtausgaben der Krankenkassen kontinuierlich sinkt (von ca. 6,3 % im Jahr 2017 auf schätzungsweise 4,2 % im Jahr 2025). In diesem Zusammenhang ist auch die Kritik zu sehen, dass zunehmend staatliche, aus dem allgemeinen Steueraufkommen zu finanzierende Aufgaben durch Zweckentfremdung von Beitragsmitteln quersubventioniert würden.¹ Zum anderen wird der Gesamtumfang versicherungsfremder Leistungen z. T. deutlich höher

¹ Ein prominentes Beispiel ist die als unzureichend angesehene Übernahme von Investitionskosten von Krankenhäusern durch die Bundesländer im Rahmen der dualen Finanzierung mit der Folge, dass notwendige Investitionen teilweise durch die von den Krankenkassen aus Beitragsmitteln gezahlten Leistungsvergütungen finanziert werden. Ein aktuelles Beispiel ist das geplante Pflegeassistenzgesetz, gemäß dem GKV und SPV künftig höhere Anteile der Finanzierung der Ausbildung übernehmen sollen, wodurch die Bundesländer entlastet würden.

veranschlagt als der gegenwärtig gezahlte Betrag von 14,5 Mrd. Euro. So gelangt eine aktuelle Schätzung und Summierung verschiedener als versicherungsfremd klassifizierter Leistungspositionen auf einen Betrag von knapp 60 Mrd. Euro für das Jahr 2023 (Berndt et al. 2024).

Abbildung 1: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen der GKV für versicherungsfremde Leistungen, 2004-2025



Quelle: IGES auf Basis der jeweiligen gesetzlichen Grundlagen

Allerdings variieren die Forderungen im Hinblick auf Art und Umfang der als versicherungsfremd eingestuften Leistungen, deren Umfinanzierung gefordert wird. Konkretisierende, allgemeingültige Abgrenzungen versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung existieren nicht. In der Gesetzlichen Rentenversicherung, in der steuerfinanzierte Bundeszuschüsse eine längere Tradition haben und einen deutlich höheren Anteil der Einnahmen ausmachen, gibt es regelmäßige Abschätzungen der Höhe versicherungsfremder Leistungen (letztmalig für das Jahr 2023, vgl. DRV 2024). Diese beruhen auf einer vom früheren Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) entwickelten Methodik und liefern Orientierungsgrößen für eine Gegenüberstellung mit der Höhe der Bundeszuschüsse.

In der GKV kann hinsichtlich einer Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen über ein sehr breites Spektrum von Geld- und Sachleistungen diskutiert werden. Weder gibt es eine Legaldefinition versicherungsfremder Leistungen, noch einen fachlich-wissenschaftlichen Konsens. Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, angesichts des absehbar steigenden Finanzierungsbedarfs der GKV versicherungsfremde Leistungen so konkret wie möglich zu definieren und bei Bedarf zu

aktualisieren (BRH 2021). Damit könne die Zuverlässigkeit und Transparenz der mittelfristigen Finanzplanung sowohl der GKV als auch des Bundeshaushalts gestärkt werden.

Vor diesem Hintergrund hat das Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) das IGES Institut mit einer Kurzstudie zum Stand der gesundheitspolitischen Diskussion hinsichtlich versicherungsfremder Leistungen in der GKV beauftragt. Ziel der vorliegenden Kurzstudie ist eine systematische Darstellung der vorliegenden Ansätze zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen in der GKV, eine Einschätzung ihrer gesundheitspolitischen Begründbarkeit und die Bestimmung des Umfangs dieser Leistungen.

2. Konzeptuelle Grundlagen

Aus den verschiedenen Ansätzen zur Bestimmung versicherungsfremder Leistungen lassen sich drei zentrale Abgrenzungskriterien ableiten.

Das erste Kriterium bezieht sich auf Personen(gruppen) als Leistungsempfänger:

- ♦ **Versichertengemeinschaft:** Eine Abgrenzung kann über die Zugangsvoraussetzungen für eine Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft der GKV vorgenommen werden. Diese beziehen sich i. d. R. auf sozioökonomische Eigenschaften von Personen bzw. Personengruppen. Versicherungsfremd sind nach diesem Kriterium sämtliche Leistungen bzw. Ausgaben der GKV, die durch Personen(gruppen) verursacht werden, welche die Zugangs- bzw. Mitgliedschaftsvoraussetzungen nicht erfüllen. Eine Abgrenzung dieser Leistungen setzt somit voraus, dass klar definiert ist, wer unter welchen Voraussetzungen zur Versichertengemeinschaft zählt, deren Leistungsansprüche durch die von dieser Gruppe nach dem Solidarprinzip geleisteten Beiträge finanziert werden.

Neben Personen(gruppen) kann eine Abgrenzung auch in Bezug auf einzelne Leistungen vorgenommen werden. Hierauf beziehen sich die zwei weiteren Abgrenzungskriterien:

- ♦ **Leistungszweck:** Versicherungsfremde Leistungen können anhand der Art der Leistung abgegrenzt werden. Als Kriterium dient der Versicherungszweck bzw. – in der GKV – die (gesetzlich festgelegten) Arten an Leistungsansprüchen, die durch die Beiträge der Versichertengemeinschaft zu finanzieren sind. Versicherungsfremd sind demnach Leistungen, die durch Beiträge der Versichertengemeinschaft finanziert werden, jedoch nicht den (gesetzlich definierten) Leistungszwecken zugerechnet werden können.
- ♦ **Wirkungsbereich:** Zur Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen kann schließlich auch ihr Wirkungsbereich herangezogen werden. Versicherungsfremd sind nach diesem Kriterium von der Versichertengemeinschaft finanzierte Leistungen, die ganz oder teilweise Personen zugutekommen, die nicht Mitglied dieser Versichertengemeinschaft sind.

Vereinfacht lassen sich diese drei Abgrenzungskriterien in Form folgender Leitfragen formulieren: Welche Personen zählen zur Versichertengemeinschaft? Welche Leistungen gehen über den typischen Versicherungszweck hinaus? Welche von der Versichertengemeinschaft finanzierten Leistungen stiften auch Nutzen außerhalb dieser Gemeinschaft?²

Hinsichtlich der ersten beiden Abgrenzungskriterien (Versichertengemeinschaft, Leistungszweck) ist zwischen dem aktuellen Rechtsstand einerseits und einer ordnungspolitischen Betrachtungsweise andererseits zu unterscheiden, bei der abstrakt-konzeptionelle bzw. idealtypische Kriterien herangezogen werden. Denn gemäß dem aktuellen Rechtsstand erfüllen grundsätzlich sämtliche Personen(gruppen), die gegenwärtig GKV-Mitglieder sind, die legalen Zugangsvoraussetzungen, und sämtliche Leistungen, die in der gegenwärtigen Diskussion als versicherungsfremd klassifiziert werden, erfüllen einen legalen Zweck, sobald sie im SGB V rechtlich verankert sind oder sich hieraus ableiten lassen.

Die Diskussion über versicherungsfremde Leistungen gründet in der Kritik, dass durch Gesetzgebung Personen(gruppen) sowie Leistungen Zu- bzw. Eingang in das durch Beiträge finanzierte Leistungsspektrum der GKV erhalten, die den abstrakt-konzeptionellen bzw. idealtypischen Kriterien widersprechen, die bei einer ordnungspolitischen Bewertung zugrunde gelegt werden. Die drei o. a. Abgrenzungskriterien stellen einen Ansatz dar, diese ordnungspolitischen Kriterien zu kategorisieren, sie werden dadurch aber nicht hinreichend konkretisiert bzw. operationalisiert.

Im Folgenden werden weitergehende Konkretisierungen der drei Abgrenzungskriterien auf Basis der bisherigen Diskussionen entwickelt und vorgeschlagen. Hierbei wird zwischen einer personen(gruppen)bezogenen und einer leistungsbezogenen Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen unterschieden.

2.1 Äquivalenzprinzip

Das Äquivalenzprinzip erfordert eine ex ante determinierte Beziehung der Gleichwertigkeit zwischen Leistung (Leistungsanspruch gegenüber Versicherung) und Gegenleistung (Beitragszahlungen).

Als versicherungsfremd könnten demnach Leistungen klassifiziert werden, die dieser ex ante determinierten Beziehung der Gleichwertigkeit zwischen Leistungsanspruch und Beitragszahlung nicht entsprechen. Allerdings lässt sich eine solche Beziehung bzw. eine Gleichwertigkeit unterschiedlich definieren.

² Die Abgrenzungskriterien sind nicht vollkommen trennscharf. Überschneidungen ergeben sich zwischen den leistungsbezogenen Kriterien, deren Bezug einzelne Leistungen bzw. Leistungsbereiche sind, und dem Kriterium der Versichertengemeinschaft (das sich auf sämtliche Leistungen für bestimmte Personengruppen bezieht. Für eine kombinierte Betrachtung von Ausgaben für einzelne Leistungen bzw. Leistungsbereiche für bestimmte Personengruppen liegen jedoch meist keine entsprechenden Auswertungen vor.

Als fundamentales Kalkulationsprinzip der Versicherungsmathematik, das in der Praxis der Personenversicherung angewandt wird, erfordert es die Gleichwertigkeit der erwarteten (im Mehrperiodenfall diskontierten) Beitragszahlungen durch den Versicherungsnehmer und dem erwarteten (diskontierten) Wert der (Geld- oder Sach-)Leistungen der Versicherung.

Dabei kann diese Form der Äquivalenz auf individueller Ebene (einzelner Versicherungsnehmer) und/oder auf kollektiver Ebene (Versicherungsgemeinschaft) betrachtet werden. In der Versicherungswirtschaft spricht man von risikogerechten Prämien, wenn deren Höhe nach dem individuellen versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip kalkuliert wurde. Das bedeutet, dass bei der Berechnung der erwarteten Leistungen individuelle Risikounterschiede berücksichtigt werden.

In der Sozialversicherung, insbesondere in der GKV, kommt das individuelle versicherungstechnische Äquivalenzprinzip explizit nicht zur Anwendung:

- ♦ Die Beitragsbemessung orientiert sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der individuellen Mitglieder – völlig unabhängig von der individuellen Risikosituation. Im Unterschied zur Privatversicherung werden bei Beginn der Mitgliedschaft bestehende risikoerhöhende Umstände (z. B. Vorerkrankungen) nicht berücksichtigt.
- ♦ Die Leistungsansprüche sind für alle Versicherungsmitglieder gleich, also unabhängig von der Höhe des individuell gezahlten Beitrags.³ Die gewährten Leistungen orientieren sich am jeweiligen individuellen medizinischen Bedarf.

Auf individueller Ebene wird somit das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip durch das Solidarprinzip ersetzt. Dass innerhalb des Versichertenkollektivs Umverteilungen stattfinden, die nicht versicherungsmathematisch begründet sind, ist ein typisches Merkmal der Sozialversicherung.

Das kollektive Äquivalenzprinzip gilt hingegen auch in der GKV, allerdings zunächst nur bei einperiodiger Betrachtung. Demnach ergibt sich die Höhe des durchschnittlich erforderlichen Zusatzbeitragssatzes (gemäß § 242a SGB V) aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds. Der Zusatzbeitragssatz wird für jedes Jahr jeweils im Herbst des Vorjahres durch das Bundesministerium für Gesundheit (auf Basis der Schätzerkreisergebnisse) festgelegt. Der einperiodige Bezug entspricht der Logik des Umlageverfahrens in der GKV. Im Sinne einer mehrperiodigen Äquivalenz lässt sich allenfalls der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) interpretieren, wonach die Veränderungsraten der Leistungsvergütungen die Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen grundsätzlich nicht überschreiten dürfen, um Beitragserhöhungen auszuschließen.

³ Eine Ausnahme unter den GKV-Leistungen ist das Krankengeld, dessen Höhe 70 % des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens entspricht, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (§ 47 SGB V). Die Ausgaben für Krankengeld hatten im Jahr 2024 einen Anteil von 6,3 % an den Gesamtausgaben der GKV.

Das Gesetz sieht jedoch gewisse Ausnahmen vor und in der Praxis entfaltet der Grundsatz nur sehr begrenzte Wirkung; so liegen die Vergütungszuwächse in zahlreichen Leistungsbereichen z. T. deutlich oberhalb der Lohnsummenzuwächse.

Da es bei der Diskussion über versicherungsfremde Leistungen in der Sozialversicherung um das Verhältnis zwischen Beitrags- und Steuerfinanzierung geht, eignet sich zur Abgrenzung vor allem der Gruppenbezug des kollektiven Äquivalenzprinzips. Demnach sind nur diejenigen Leistungen durch GKV-Beiträge zu finanzieren, die eindeutig bzw. ausschließlich dem Versichertenkollektiv zugutekommen (Konzept der Gruppensolidarität). Hieraus leitet sich unmittelbar die Kollektiveigenschaft als Kriterium zur Abgrenzung der Beitrags- von der Steuerfinanzierung ab. Leistungen, von deren Nutzen Personen außerhalb des Versichertenkollektivs der GKV-Mitglieder nicht ausgeschlossen werden können, wären konsequenterweise versicherungsfremd, d. h. nicht (ausschließlich nur) aus Beiträgen dieses Kollektivs zu finanzieren. Betrifft der potenzielle Nutzen die Gesamtbevölkerung, wäre eine (zumindest anteilige) Steuerfinanzierung ordnungspolitisch begründbar.

Die Prüfung auf Kollektivguteigenschaften als mögliche Form der Anwendung des Prinzips kollektiver Äquivalenz wird im Kapitel zur leistungsbezogenen Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen vertieft (s.u.). Vorangestellt ist die Analyse möglicher Formen der personen(gruppen)bezogenen Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen basierend auf der Leitfrage, welche Personen unter welchen Voraussetzungen des Zugangs bzw. einer Mitgliedschaft zum Versichertenkollektiv zählen bzw. unter ordnungspolitischen Aspekten gezählt werden sollten.

2.2 Personen(gruppen)bezogene Abgrenzung

Für eine Konkretisierung des (impliziten) Konzepts der Gruppensolidarität als Form des kollektiven Äquivalenzprinzips ist die Frage zu beantworten, welche Kriterien darüber entscheiden, welche Personen bzw. Personengruppen Teil der Gruppe (des Versichertenkollektivs der GKV) sein sollten (im Sinne einer ordnungspolitischen Norm). Im Folgenden wird zunächst auf Kriterien mit Erwerbsbezug eingegangen, anschließend auf Kriterien mit Familien- und mit Einkommensbezug.

2.2.1 Erwerbsbezug

Historisch betrachtet handelt es sich bei der GKV um eine Arbeitnehmersversicherung (vgl. Paquet/van Stiphout 2006). Traditionell wird man GKV-Mitglied mit (erstmaligem) Eintritt in ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis. Beiträge werden in Höhe des prozentualen Beitragssatzes auf das Arbeitsentgelt erhoben. Die Beitragszahlung wird hälftig auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgeteilt. Im Lauf der Zeit wurde der strikte Arbeitnehmerbezug immer mehr gelockert. Weitere Personengruppen wurden in das Versichertenkollektiv einbezogen bzw. ihnen wurde der Zugang in die GKV eröffnet. Die Versicherungspflicht bezieht sich mittlerweile unter anderem auch auf Landwirte, Künstler und Publizisten, Studenten, Auszubildende und Teilnehmer an Arbeitserprobungsmaßnahmen (vgl. § 5 SGB V). Hauptberuflich Selbständige können freiwillig GKV-Mitglieder werden; für sie gelten zwar

eigene Mindestbeitragsregeln, mit Blick auf Solo-Selbständige und Existenzgründer wurde der Mindestbeitrag aber ab dem Jahr 2019 deutlich abgesenkt.

Traditionell grenzt sich die GKV-Versichertengemeinschaft vor allem gegenüber zwei Personengruppen ab: Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (v. a. Beamte, Richter, Soldaten) und abhängig Beschäftigte, deren regelmäßiges Erwerbseinkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt (vgl. § 6 SGB V). Auch Personen dieser beiden Gruppen können sich freiwillig in der GKV versichern, allerdings gelten für sie andere Beitragsregeln.⁴

Schließlich erstreckt sich seit Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht für alle Bürger durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die GKV-Mitgliedschaft auch auf Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben oder zuvor weder gesetzlich noch privat versichert waren – mit Ausnahme der beiden o. g. Personengruppen.

Die Ausweitung der GKV-Versicherungspflicht auf weitere Personengruppen sowie die weitergehende Öffnung des (freiwilligen) GKV-Zugangs lässt sich als ein Wandel von einer Arbeitnehmer- zu einer Erwerbstätigenversicherung verstehen.

Ein naheliegendes – und in der öffentlichen Diskussion auch häufig angeführtes – Abgrenzungskriterium, das die versicherungspflichtigen Personengruppen verbindet, ist der Tatbestand von Beitragszahlungen, die aus erwerbsbezogenen Einkommen geleistet werden können. Grundsätzlich gilt der durch Beitragszahlungen erworbene Leistungsanspruch in der Sozialversicherung als Abgrenzungskriterium gegenüber staatlichen (steuerfinanzierten) Fürsorgeleistungen. Für eine praktikable Abgrenzung sind weitere Konkretisierungen erforderlich.

- ◆ Sie betreffen zum einen den Erwerbsbezug beitragspflichtiger Einnahmen. Unter letztere werden auch Einnahmen subsumiert, die aus (früheren) Erwerbseinkommen abgeleitet werden, z. B. Rentenzahlungen der Gesetzlichen Rentenversicherung oder Arbeitslosengeld.
- ◆ Zum anderen sind die Anforderungen an Beitragszahlungen in zeitlicher Hinsicht, also über die gesamte mögliche Versicherungszugehörigkeit, zu konkretisieren. Eine mögliche Anforderung wäre, dass zumindest beim (erstmaligen) Eintritt als Mitglied in die GKV Beitragszahlungen geleistet werden, so dass systematische Subventionierungen für bestimmte Personengruppen ausgeschlossen werden können. Darüber hinaus könnte ein bestimmter Mindestzeitraum mit Beitragszahlungen verlangt werden, um Leistungsansprüche gegenüber der GKV zu begründen.

⁴ Bezieher von Beihilfeleistungen können keinen Arbeitgeberzuschuss zu GKV-Beiträgen erhalten (allerdings bieten seit einigen Jahren mehrere Bundesländer bei Neuverbeamtungen eine Wahloption an). Bei freiwillig versicherten Arbeitnehmern sind sämtliche Einnahmen (also beispielsweise auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung) bis zur Beitragsbemessungsgrenze beitragspflichtig.

In den bestehenden und über die Zeit gewachsenen Regeln zur Mitgliedschaft in der GKV ist allerdings keine Systematik für die Anforderungen an Beitragszahlungen zum Erwerb von Leistungsansprüchen erkennbar, die konsistent über alle Personengruppen angewendet wird.

- ◆ Verpflichtende Vorversicherungszeiten mit Beitragszahlungen werden lediglich für eine freiwillige GKV-Mitgliedschaft nach einer vorherigen Pflichtmitgliedschaft festgelegt (vgl. § 9 SGB V). Für Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, gelten besondere Anforderungen an Vorversicherungszeiten, selbst wenn sie aktuell die Bedingungen der Versicherungspflicht erfüllen (vgl. § 6 Abs. 3a SGB V).
- ◆ Bei mehreren versicherungspflichtigen Personengruppen – darunter Studenten, Teilnehmer an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, Auszubildende ohne Arbeitsentgelt – liegt kein Erwerbseinkommen vor, aus dem Beiträge gezahlt werden können. (Das Gesetz definiert hier ersatzweise einen Bedarfsbetrag als beitragspflichtige Einnahmen, auf den Beiträge erhoben werden; vgl. § 236 SGB V). In diesen Fällen könnte allenfalls die mit der aktuellen Tätigkeit verbundene Erwerbsperspektive und damit die Aussicht auf (zukünftige) Beitragszahlungen als Anforderungskriterium interpretiert werden.⁵
- ◆ Die Versicherungspflicht umfasst aber auch Bezieher von Waisenrenten, die (bis zum Erreichen der Altersgrenze) beitragsfrei gestellt sind (§ 237 SGB V).

Eine Systematik der Anforderungen an (vorherige) Beitragszahlungen zum Erwerb von Leistungsansprüchen in der GKV stößt letztlich auch aufgrund des sozialversicherungstypischen Personengruppenbezugs an Grenzen. Dies verdeutlicht das – in der Diskussion über versicherungsfremde Leistungen prominente – Beispiel der Bezieher von Bürgergeld, die gemäß § 5 Abs. 2a SGB V ebenfalls der GKV-Versicherungspflicht unterliegen. In dieser Personengruppe gestalten sich die Voraussetzungen im Hinblick auf Beitragszahlungen unterschiedlich:

- ◆ Unter ihnen befinden sich sowohl Personen, die Vorversicherungszeiten mit Beitragszahlungen aus Erwerbseinkommen und/oder Arbeitslosengeld aufweisen können, als auch Personen, die erstmals als Bezieher von Bürgergeld in die GKV eintreten. Zu letzteren zählen beispielsweise erwerbsfähige Asylberechtigte, Flüchtlinge oder subsidiär Schutzberechtigte mit Aufenthaltserlaubnis, die Bürgergeld beziehen und währenddessen in der Regel der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen (vgl. Bundestag Drucksache 21/744, S. 2).
- ◆ Ähnlich den o. g. Personengruppen verfügen Bezieher von Bürgergeld über kein Erwerbseinkommen als Beitragsgrundlage, für sie wird aber

⁵ So zählen nach den gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung sowohl Personen, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, als auch zu ihrer Berufsausbildung beschäftigte Personen zum versicherten Personenkreis (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV).

grundsätzlich eine Erwerbsperspektive und damit eine Aussicht auf (zukünftige) Beitragszahlungen angenommen. Das Leistungssystem des Bürgergelds hat seinen Ursprung im Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, mit dem zu Jahresbeginn 2005 die beiden steuerfinanzierten und bedürftigkeitsorientierten getrennten Systeme der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe für erwerbsfähige Personen zusammengelegt wurden. Dabei ist „Erwerbsfähigkeit“ nicht mit sofortiger Vermittelbarkeit gleichzusetzen. Ein erklärtes Ziel der damaligen Reform war es, langzeitarbeitslose Sozialhilfebezieher im erwerbsfähigen Alter stärker an eine Erwerbsperspektive heranzuführen.

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen: Eine Definition des (impliziten) Konzepts der Gruppensolidarität als Form des kollektiven Äquivalenzprinzips, welche die aufgezeigte gruppenbezogene Heterogenität abzubilden vermag, müsste deutlich umfassender ausfallen. Sie ginge über den engen Arbeitnehmerbezug und das Kriterium vorheriger Beitragszahlungen als Voraussetzung für eine GKV-Mitgliedschaft hinaus. Ein Abgrenzungskriterium, das auf die (allermeisten) Personengruppen mit GKV-Mitgliedschaft zutrifft, ist die Erwerbsperspektive und damit die Erzielung von Erwerbseinkommen bzw. daraus abgeleiteter Einkommen als – aktuelle oder potenzielle – Beitragsgrundlage.

Auf der Grundlage eines in dieser Weise erweiterten Mitgliedschaftskonzepts lässt sich die Sozialversicherung bzw. die GKV als Versicherung gegen die „Wechselfälle des Lebens“ – auch im Hinblick auf die Erzielung von Erwerbseinkommen – verstehen. Zu leistende Beiträge bemessen sich dabei nach der jeweiligen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in den unterschiedlichen Phasen der Erwerbsbiographie, inklusive Phasen der (temporären) Erwerbslosigkeit.

Das Prinzip einer an der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientierten Beitragsbemessung gilt in der GKV dem Grundsatz nach. Dass für einzelne Personengruppen innerhalb der GKV die Höhe der Beiträge insgesamt „kostendeckend“ sein soll, lässt sich nicht mit diesem Prinzip vereinbaren. Es wäre nur gegenüber Personengruppen begründet, deren Mitgliedschaft im Widerspruch zu ordnungspolitischen Kriterien der Sozialversicherung gesehen wird (z. B. weil sie primär aus verwaltungsorganisatorischen Gründen die Mitgliedschaft erhalten).⁶

Gegenüber der Versicherungspflicht unterliegenden GKV-Mitgliedern wäre das Prinzip einer an der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientierten Beitragsbemessung konsequent anzuwenden.

⁶ Dies betrifft gemäß § 264 Abs. 1 SGB V beispielsweise Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, andere Hilfeempfänger sowie vom BMG bezeichneten Personenkreise. Die Krankenkassen übernehmen für diese Personengruppen die Krankenbehandlung. Die gesetzliche Regelung sieht als Gegenleistung jedoch keine „kostendeckenden Beiträge“ vor, sondern eine volle Erstattung der Aufwendungen für den Einzelfall. Bis zum Jahresende 2004 wurde diese Regelung für Sozialhilfebezieher ohne Krankenversicherungsschutz angewandt. Durch die nachfolgende Einführung des Arbeitslosengelds II wurden deren Bezieher grundsätzlich krankenversichert.

- ♦ Abweichungen von diesem Prinzip sind hingegen gegenüber *freiwilligen* GKV-Mitgliedergruppen begründbar, insoweit diese über alternative Absicherungsmöglichkeiten verfügen und als nicht schutzbedürftig gelten. Mit solchen Abweichungen in Form der o. a. Mindestbeiträge, obligatorischer Vorversicherungszeiten oder erweiterten Beitragsgrundlagen kann sich die GKV-Solidargemeinschaft gegen opportunistisches Verhalten schützen (z. B. später Wechsel von der PKV in die GKV).
- ♦ In der Vergangenheit kam es jedoch auch gegenüber *pflichtversicherten* Personengruppen zu Abweichungen mit der Begründung einer stärkeren gruppenbezogenen Kostendeckung. Sie betrafen die pflichtversicherten Rentner in der GKV: So wird infolge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) seit Jahresbeginn 2004 auf Betriebsrenten (Versorgungsbezüge) und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit von pflichtversicherten Rentnern der volle anstatt wie zuvor nur der halbe Beitragssatz erhoben. Rentner sollten dadurch „in angemessenem Umfang an der Finanzierung der Leistungsaufwendungen für sie beteiligt“ werden; die Bundesregierung argumentierte damals, es sei „ein Gebot der Solidarität der Rentner mit den Erwerbstätigen, den Anteil der Finanzierung der Leistungen durch die Erwerbstätigen nicht noch höher werden zu lassen“ (Bundestag Drucksache Nr. 15/1525, S. 140).⁷ Darüber hinaus wird auf Renteneinkommen stets der allgemeine (und nicht der ermäßigte) Beitragssatz erhoben, obwohl Rentner keinen Anspruch auf Krankengeld haben (beitragsrechtliche Sonderregelung gem. § 247 SGB V).

Unabhängig von einem dem o. a. Prinzip gemäßen Verzicht auf gruppenbezogen kostendeckende Beiträge stellt sich die Frage, ob bzw. in welcher Höhe Beiträge von pflichtversicherten Personengruppen ohne reguläres Erwerbseinkommen erhoben werden sollten. So erhalten in der GKV pflichtversicherte Bezieher von Bürgergeld (nach dem SGB II) und Studenten (nach dem BAföG) aus Steuermitteln finanzierte Geldleistungen, deren Höhe sich an einem pauschalierten Bedarf orientiert. Naheliegend wäre es, dass aus diesen Geldleistungen einkommensabhängige GKV-Beiträge gezahlt werden. Allerdings gelten bei der Beitragsbemessung für diese Personengruppen Sonderregelungen, die Spielräume für eine Lastenverschiebung zwischen Beitrags- und Steuerfinanzierung eröffnen.

- ♦ Bei Studenten bildet zwar der monatliche BAföG-Bedarfssatz (Grundbedarf zzgl. Wohnzuschuss) die Bemessungsgrundlage, hierauf werden jedoch gemäß § 245 SGB V lediglich 70 % des allgemeinen GKV-Beitragssatzes erhoben. Diese starke Reduktion lässt sich nicht mit dem fehlenden Anspruch von Studenten auf Krankengeld erklären.

⁷ Diese gesetzliche Regelung verursachte eine jahrelange kontroverse Debatte. Kritisiert wurde vor allem, dass Ansprüche auf Versorgungsbezüge bereits aus verbeitragtem Einkommen erworben wurden („Doppelverbeitragung“). Mit dem Betriebsrentenfreibetragsgesetz wurden zu Jahresbeginn 2020 Freibeträge eingeführt, um vor allem niedrige Betriebsrenten von Beitragszahlungen zu entlasten.

- ♦ Bei dem vor Umstellung auf das Bürgergeld gezahlten Arbeitslosengeld II (ALG II) gab es seit Einführung im Jahr 2005 mehrfache gesetzliche Änderungen der Bemessung der GKV-Beiträge, die für diese Personengruppe aus Steuermitteln entrichtet wurden.⁸ Diese Änderungen betrafen zum einen den Faktor, mit dem der als beitragspflichtige Einnahmen der ALG II-Bezieher zugrunde zu legende Anteil der Bezugsgröße bestimmt wird, zum anderen die von bzw. für ALG II-Bezieher zu zahlenden Zusatzbeiträge.⁹ Ungeachtet dieser Änderungen liegt das Niveau der gezahlten Beitragspauschalen für Bezieher von ALG II bzw. Bürgergeld deutlich unterhalb der GKV-Beiträge, die Personen zu zahlen haben, deren aus Arbeitsentgelt resultierendes Nettoeinkommen in etwa der durchschnittlichen Höhe des Bürgergelds entspricht (vgl. hierzu Kapitel 3.5.1).

Insgesamt lässt sich somit festhalten: Versicherungsfremde Belastungen der GKV anhand des Umstandes zu definieren, dass Personengruppen zum Mitgliederkollektiv zählen, die weder über ein Arbeitsentgelt oder hieraus abgeleitete Einkommen verfügen noch zu einem früheren Zeitpunkt GKV-Beiträge geleistet haben, erscheint mit Blick auf die Entwicklung der Mitgliedschaftsregeln problematisch. Dieser Umstand wurde vom Gesetzgeber vielfach und bewusst in Kauf genommen, denn er trifft mittlerweile auf eine ganze Reihe von Personengruppen zu, die der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen und denen lediglich eine erweiterte Erwerbsperspektive gemeinsam ist.

Vor diesem Hintergrund erscheint es zumindest diskussionswürdig, mit Blick auf die Bürgergeldbezieher nur für eine einzige, wenn auch zahlenmäßig bedeutende dieser Gruppen „kostendeckende Beiträge“ zu fordern. Tatsächlich besteht aktuell jedoch ein weitgehender gesundheitspolitischer Konsens, dass eine Steuerfinanzierung der GKV-Pflichtversicherung von Bürgergeld-Beziehern auf Basis kostendeckender Beiträge ordnungspolitisch gerechtfertigt sei.¹⁰ Aus den vorigen Ausführungen lassen sich folgende Argumente ableiten, um diese Sichtweise zu erklären:

⁸ Bereits bei der von der damaligen Bundesanstalt für Arbeit gezahlten und aus dem Bundeshaushalt finanzierten Arbeitslosenhilfe gab es mehrfach Änderungen der Bemessung der für die Bezieher gezahlten GKV-Beiträge, in deren Folge die Bemessungsgrundlage nahezu halbiert wurde (vgl. Albrecht et al. 2017).

⁹ So erhöhte sich die für ALG II-Bezieher gezahlte monatliche GKV-Beitragspauschale zunächst von 114,32 Euro (2006) kontinuierlich auf 145,73 Euro (2015), um dann auf 90,36 Euro im Jahr 2016 abgesenkt zu werden. Dies war allerdings mit einem Verzicht auf Vorrangprüfung der Familienversicherung verbunden, wodurch sich die Anzahl der ALG-II-Bezieher, für die Beiträge gezahlt wurden, vergrößerte; zudem wurden seitdem die Beiträge für jeden Kalendermonat voll gezahlt, selbst wenn ALG II nur einen Teil des Monats bezogen wurde. Aktuell (2025) beträgt die Beitragspauschale für die (seit Jahresbeginn 2023) Bürgergeldbezieher 133,16 Euro.

¹⁰ Den Umfang dieser zusätzlichen Steuerfinanzierung haben die Autoren in vorigen Studien berechnet (vgl. Albrecht et al. 2017, Ochmann et al. 2024).

- ♦ Das o. a. erweiterte Mitgliedschaftskonzept, das lediglich eine Erwerbsperspektive verlangt, aber keinen Arbeitnehmerbezug, kein aktuelles erwerbsbezogenes Einkommen als Beitragsgrundlage und keine vorigen Beitragszahlungen wird zumindest für die (große) Gruppe der Bürgergeldbezieher abgelehnt, weil die hieraus resultierenden finanziellen Belastungen (im Vergleich etwa zur Gruppe der pflichtversicherten Studenten) als zu hoch gewertet werden. Hierzu hat neben der Größe dieser Personengruppe auch der starke Anstieg der Anzahl von Bürgergeldbeziehern vor allem im Jahr 2022 beigetragen.
- ♦ Die Gruppe der Bürgergeldbezieher umfasst auch Personen, deren Erwerbschancen zumindest kurz- bis mittelfristig als sehr gering eingeschätzt werden. Damit verbindet sich die Kritik an einer „zu weit gefassten Definition von Erwerbsfähigkeit“ für diese Personengruppe (vgl. Nahles 2025). Bei mehr als einem Viertel der Bürgergeldbezieher handelt es sich um nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die selbst nicht anspruchsberechtigt sind, aber mit leistungsberechtigten Personen in einer Bedarfsgemeinschaft leben (überwiegend Kinder).
- ♦ Versicherungsfremde Belastungen für die GKV resultieren aus den zuvor dargestellten inkonsistenten Regeln der Beitragsbemessung für diese Personengruppe.

Gerade hinsichtlich des letztgenannten Punkts zeigt die Historie mehrfach Beispiele dafür, dass auf eine wirkungsgleiche Anwendung regulärer Prinzipien der Beitragsbemessung verzichtet wurde – mit entlastender Wirkung auf steuerfinanzierte Leistungen.

2.2.2 Familienbezug

Ehegatten bzw. Lebenspartner sowie Kinder von GKV-Mitgliedern sind gemäß § 10 SGB V familienversichert, wenn sie über kein regelmäßiges Einkommen oberhalb der Geringfügigkeitsschwelle¹¹ verfügen und nicht unter alternative Regelungen der Versicherungspflicht oder freiwilligen Versicherung fallen. Die Familienversicherung gilt für Kinder unter Berücksichtigung von Ausbildungszeiten und evtl. gesetzlichen Dienstpflichten bis maximal zur Vollendung des 26. Lebensjahres. Unter diesen Voraussetzungen werden für Familienangehörige von GKV-Mitgliedern nach § 3 Satz 3 SGB V keine Beiträge erhoben.

Gegenwärtig wird die beitragsfreie Mitversicherung Familienangehöriger überwiegend aus dem gesamten Beitragsaufkommen der GKV-Mitglieder finanziert. Damit verbunden sind Umverteilungseffekte innerhalb des GKV-Versichertenkollektivs

¹¹ Diese Schwelle liegt bei einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2025: 535 Euro) bzw. im Fall einer geringfügigen Beschäftigung („Mini-Job“) beim diesbezüglichen Schwellenwert (2025: 556 Euro).

von kinderlosen zu kinderreichen Mitgliedern sowie von Doppelverdiener- zu Einverdiener-Partnerschaften.

Das BMG nennt im Rahmen der Erläuterung versicherungsfremder Leistungen die beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen bzw. geringfügig beschäftigten Ehegatten und Lebenspartnern sowie Kindern an erster Stelle.¹²

Inwieweit die *Beitragsfreiheit von Kindern* in der GKV eine versicherungsfremde Leistung darstellt, kann unterschiedlich eingeschätzt werden:

- ♦ Die bestehende systeminterne Finanzierung der Beitragsfreiheit von Kindern lässt sich mit dem Umlageverfahren der GKV begründen, das eine möglichst ausgewogene Altersstruktur der Versicherten erfordert. Eine Vergünstigung für Kinder in Form der Beitragsfreiheit kann einem wachsenden Finanzierungsdruck als Folge steigender Lebenserwartung und Alterung der Gesellschaft entgegenwirken – vorausgesetzt, dass hierdurch wirksame Anreize entstehen, dass (mehr) Kinder in der GKV versichert werden, die als zukünftige GKV-Mitglieder Beiträge zahlen. Für die soziale Pflegeversicherung (SPV) wird diese Sichtweise durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2001 sowie die Beschlüsse im Jahr 2022 gestützt.¹³ In der SPV wurden aufgrund der Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts Beitragsentlastungen für Eltern differenziert nach Kinderzahl eingeführt. In der Gesetzlichen Rentenversicherung wird der „generative Beitrag“ hingegen auf der Leistungsseite durch Berücksichtigung von Erziehungszeiten honoriert.
- ♦ Zumindest gegen eine vollständige systeminterne Finanzierung von Beitragsvergünstigungen für Kinder spricht der gesamtgesellschaftliche Kontext von Maßnahmen der Familienförderung. Eine alternde Bevölkerung bzw. eine sinkende Geburtenrate belastet nicht nur die nach dem Umlageverfahren organisierten Sozialversicherungen, sondern das Gesundheitssystem insgesamt sowie zahlreiche weitere Wirtschaftsbereiche (z. B. in Form von Nachwuchs- und Fachkräftemangel). Insofern familien-

¹² Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen.html>

¹³ Gemäß dem damaligen Urteil ist es mit dem Grundgesetz „nicht zu vereinbaren, dass Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen und damit neben dem Geldbeitrag einen generativen Beitrag zur Funktionsfähigkeit eines umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems leisten, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden.“ (1 BvR 1629/94) (https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2001/04/rs20010403_1bvr162994.html) Vgl. auch Beschlüsse des Jahres 2022, die auf einen generativen Beitrag des damaligen Urteils Bezug nehmen, den beitragspflichtige Eltern – anders als Kinderlose – „zur Sicherung des Vorhandenseins künftiger Beitragszahler und damit des künftigen Bestands des Umlageverfahrens leisteten, von dem Kinderlose im Falle späterer Pflegebedürftigkeit in gleichem Maße wie Eltern profitierten“ (1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16, 1 BvR 2824/17) (<https://rewis.io/urteile/urteil/nkf-07-04-2022-1-bvl-318-1-bvr-71716-1-bvr-225716-1-bvr-182417/>).

politische Maßnahmen eine höhere Geburtenrate bzw. einen relativen Zuwachs der jüngeren Bevölkerung bewirken, kommen sie der gesamten Bevölkerung bzw. der Gesamtwirtschaft zugute. Damit lässt sich eine Steuerfinanzierung familienpolitischer Maßnahmen begründen.

Diese grundsätzlichen Betrachtungen verdeutlichen: Die ordnungspolitische Entscheidung über die Verteilung der Finanzierungslasten von Maßnahmen zur Förderung von Familien und Kindern verlangt, den gesellschaftlichen Nutzen von Kindern gruppen- und bereichsbezogen zuzuordnen. Da die (Erwerbs-)Biographie von Kindern a priori ungewiss ist, kann dies nur in stark pauschalierender Form geschehen. So ist ungewiss, welche Kinder von GKV-Mitgliedern in welchem Ausmaß zukünftig selbst als Mitglieder in welchem Ausmaß GKV-Beiträge leisten werden. Letztlich lassen sich sowohl beitragsfinanzierte als auch steuerfinanzierte oder mischfinanzierte Formen von Kindervergünstigungen in der GKV begründen.

Die *Beitragsfreiheit von Ehepartnern* in der GKV führt gegenwärtig dazu, dass in der GKV versicherte Familien mit einem Hauptverdiener im Vergleich zu Zweiverdiener-Ehen bei identischem Gesamteinkommen eine geringere Beitragslast tragen. Eine Begründung der systeminternen Finanzierung dieser Vergünstigung mit Blick auf das Umlageverfahren ist (noch) weniger stringent als im Fall der familienversicherten Kinder: Es müsste argumentiert werden, dass die Beitragsfreiheit bei Frauen positive Anreize erzeugt, Kinder zu bekommen und zu erziehen. Damit verbunden wäre jedoch ein Familienkonzept, das in dem Verzicht eines Ehepartners auf Erwerbstätigkeit einen Umstand sieht, der die Reproduktion und Erziehung begünstigt. Dies deckt sich nicht (mehr) mit verbreiteten gesellschaftlichen Vorstellungen. Kritisiert wird außerdem, dass hieraus negative finanzielle Anreize bezüglich einer (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit insbesondere für Mütter resultieren, während die Erwerbsrealität mittlerweile durch eine hohe Beteiligung von Frauen geprägt ist.¹⁴

Der im Grundgesetz verankerte Schutz von Ehe und Familie (Artikel 6) impliziert nicht nur Abwehrrechte, sondern mit ihm werden auch finanzielle oder infrastrukturelle Fördermaßnahmen begründet. Der finanziellen Entlastung von Familien dienen insbesondere steuerfinanzierte Geldleistungen (Kindergeld, Elterngeld) sowie steuerrechtliche Maßnahmen (sog. Ehegattensplitting, Kinderfreibeträge, Absetzbarkeit von Kinderbetreuungskosten). Maßnahmen zum Zweck des Familienlastenausgleichs sind somit gesamtgesellschaftlich ausgerichtet.

Die Beitragsfreiheit von Kindern und Ehepartnern im Rahmen der GKV-Familienversicherung zählen zu den familienpolitischen Maßnahmen und haben damit grundsätzlich eine gesamtgesellschaftliche Orientierung. Für Kinder, weniger für Ehepartner, lässt sich darüber hinaus ein systemspezifischer Nutzen für die GKV in Bezug auf die langfristige Funktionsfähigkeit des Umlageverfahrens feststellen. Somit ist eine teilweise systeminterne Finanzierung der GKV-Ausgaben für Kinder

¹⁴ So lag nach jüngsten Daten des Statistischen Bundesamtes (4. Quartal 2024) die Erwerbstätigenquote unter Frauen in den Altersgruppen 25 bis 54 über 80 %.

begründbar. Dies liefe darauf hinaus, die GKV-Ausgaben für Kinder anteilig sowohl aus Beiträgen als auch aus Steuern zu finanzieren, wobei das Anteilsverhältnis letztlich nur politisch festgelegt werden könnte. Für eine technische Umsetzung müssten zunächst die gruppenbezogenen GKV-Ausgaben für Kinder bestimmt werden. Anschließend könnten die über Beiträge zu finanzierenden GKV-Ausgaben um den aus Steuermitteln zu finanzierenden Anteil dieser gruppenbezogenen Ausgaben bereinigt werden, der Beitragssatz könnte entsprechend abgesenkt werden. Für die weiterhin systemintern zu finanzierenden Anteile der GKV-Ausgaben für Kinder wären dann unterschiedliche Belastungsverteilungen möglich. Hierzu zählt die bisherige Form der Beitragsfreiheit oder – analog zur SPV – eine Differenzierung des allgemeinen Beitragssatzes nach Kinderzahl der Mitglieder (d. h. ermäßigte Beitragssätze für GKV-Mitglieder mit Kindern und erhöhte für GKV-Mitglieder ohne Kinder).

Soll auf systemintern finanzierte Vergünstigungen für Ehepartner ohne (mehr als geringfügiges) Erwerbseinkommen verzichtet werden, wäre ein Splitting-Ansatz analog zum Steuerrecht eine mögliche Form der Beitragsbemessung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Demnach würde für die Beitragsbemessung das Gesamteinkommen von Ehepartnern auf beide Partner hälftig aufgeteilt und anschließend würden für beide Partner Beiträge gezahlt. Ein solcher Splitting-Ansatz würde in der GKV – infolge der Beitragsbemessungsgrenze im Kontrast zum progressiven Steuertarif – jedoch mit umgekehrten Vorzeichen wirken, aber dazu führen, dass Ehepaare mit gleichem Gesamteinkommen derselben Beitragsbelastung unterliegen. Darüber hinaus würde hierdurch das Beitragsaufkommen steigen, so dass der Beitragssatz entsprechend abgesenkt werden könnte. Ob bzw. inwiefern speziell Ehepaare mit nur einem Erwerbseinkommen einer – über den Splitting-Vorteil im Steuerrecht hinausgehende – Entlastung bedürfen, wäre angesichts der gesamtgesellschaftlichen Dimension eine innerhalb des Steuersystems zu klärende Frage.

2.2.3 Einkommensbezug

In der Sozialversicherung entspricht das Beitrags-Leistungs-Verhältnis auf individueller Ebene typischerweise nicht dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip (vgl. Kapitel 2.1), stattdessen gilt ein Solidarprinzip. Umgesetzt wird letzteres in der GKV durch eine einkommensabhängige Beitragsgestaltung: Die Mitgliedsbeiträge sollen sich prinzipiell an der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientieren, während die Leistungsansprüche unabhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge sind.

Einkommensbezug in der Beitragsfinanzierung

Im Kontext der vor allem in den 2000er-Jahren geführten Debatte über eine Finanzierungsreform in der GKV („Bürgerversicherung“ vs. „Gesundheitsprämie“) wurde von einer Gruppe der Diskussionsteilnehmer ein deutlich restriktiveres Konzept des Solidarprinzips in der GKV vorgeschlagen: Demnach sollte lediglich die Umverteilung zwischen unterschiedlich hohen Gesundheits(kosten)risiken als

versicherungstypisches Solidarprinzip in der GKV verwirklicht werden. Alle weiteren Arten von Umverteilung – insbesondere zwischen unterschiedlich hohen Einkommen der GKV-Mitglieder – sollten dagegen nicht mehr in der GKV, sondern innerhalb des Einkommensteuersystems stattfinden. Für die konkrete Umsetzung wurden Konzepte mit einheitlichen Pro-Kopf-Beiträgen (Pauschalbeiträge/-prämien) entwickelt, deren Höhe den durchschnittlichen GKV-Ausgaben je Versicherten entspricht, flankiert durch einen steuerfinanzierten Sozialausgleich.¹⁵ Die Beiträge sollten demnach einerseits unabhängig vom individuellen Gesundheits(kosten)risiko sein, andererseits aber auch einkommensunabhängig.

Begründet wurde dieses Reformkonzept mit dem Argument, dass die nicht primär gesundheitsbezogene Umverteilung zwischen unterschiedlich hohen Einkommen zielgerichteter und konsistenter im Steuersystem gestaltet werde, u. a. da dort die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit über die Erwerbseinkommen hinaus umfassender abgebildet werde. Außerdem seien die Belastungswirkungen infolge von Freibeträgen und der Tarifgestaltung progressiv, während die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV regressiv wirke. Vor allem aber sollte – aus wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Gründen – die Beitragserhebung nicht mehr unmittelbar an die Arbeitsentgelte gekoppelt sein. Im Unterschied zur aktuellen Diskussion über eine Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV stand dagegen nicht im Vordergrund, die Beitragsbelastung insgesamt zu reduzieren.¹⁶

Einkommensbezug auf der Leistungsseite

Während auf der Finanzierungsseite der GKV der Einkommensbezug der Beiträge ein prägendes Gestaltungsmerkmal darstellt, sind die Leistungsansprüche der Versicherten grundsätzlich bedarfsorientiert und einkommensunabhängig. Mit dem Ziel einer effizienten Leistungsanspruchnahme und einer damit verbundenen Ausgabendämpfung werden von den GKV-Versicherten aber in einigen Fällen Zuzahlungen erhoben, teilweise pauschal, teilweise in Abhängigkeit vom Wert der Leistung. Aus Sicht der GKV-Mitglieder würde durch solche Zuzahlungen das sozialversicherungstypische Solidarprinzip teilweise konterkariert, weil – im Unterschied zu den Beiträgen – die Höhe der Zuzahlungen Unterschiede der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt. Um zu vermeiden, dass Versicherte hierdurch finanziell überfordert werden, können sich diese von der Zuzahlungspflicht befreien lassen, wenn die Belastungsgrenzen gemäß § 62 SGB V überschritten werden (1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bzw. 2 % für chronisch Kranke).

¹⁵ Vgl. stellvertretend den Bericht der „Rürup-Kommission“ (BMGS 2003, S. 161 ff.) und SVR (2004), Ziff. 485 ff.

¹⁶ Als ein Grund für die Beibehaltung einer nicht primär gesundheits(kosten)bezogenen Einkommensumverteilung in der GKV lässt sich anführen, dass der Abgabewiderstand in beitragsfinanzierten Systemen geringer eingeschätzt wird als in Steuersystemen, da nur in ersteren ein konkreter Leistungsanspruch erworben wird. Darüber hinaus wird die zusätzliche sozialpolitisch motivierte Umverteilungsfunktion der GKV auch als ein Argument gesehen, das einen national geschlossenen öffentlichen Krankenversicherungsmarkt rechtfertigt.

Aus den Zuzahlungsbefreiungen auf der Ausgabenseite entstehen den gesetzlichen Krankenkassen finanzielle Belastungen. Insoweit diese Belastungen mit dem Zweck verbunden sind, zuzahlungsbedingte Einschränkungen des Solidarprinzips auf der Leistungsseite zu vermeiden bzw. zu kompensieren, haben sie grundsätzlich keinen sozialversicherungsfremden Charakter. Diskussionswürdig ist jedoch die Ausgestaltung der Zuzahlungsbefreiungen hinsichtlich der Frage, ob die Unterschiede der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in Form der Belastungsgrenzen gleichermaßen berücksichtigt werden wie bei der Beitragsbemessung.¹⁷

2.3 Leistungsbezogene Abgrenzung

Leistungsbezogen können versicherungsfremde Anteile im Wesentlichen anhand von zwei Kriterien abgegrenzt werden: Leistungsanteile entsprechen nicht den typischen Zwecken einer Krankenversicherung und/oder ihr Nutzen kommt auch Personengruppen außerhalb des Versichertenkollektivs zugute, die sich nicht an der GKV-Finanzierung beteiligen.

Im Folgenden wird dies anhand von zwei Leistungsbereichen erläutert, die häufig als Beispiele im Zusammenhang mit der Diskussion über versicherungsfremde Leistungen in der GKV genannt werden: Leistungen i. V. m. Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Präventionsleistungen.

Die übergeordneten Zwecke der GKV als Versicherungssystem werden in § 1 SGB V definiert: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. ...“ GKV-Leistungen, die diesem Versicherungszweck entsprechen, haben demnach einen umfassenden Gesundheitsbezug (erhalten, wiederherstellen, verbessern), das Leistungsspektrum deckt entsprechend mehr ab als die Behandlung von (manifesten) Erkrankungen.

Leistungen i. V. m. Schwangerschaft und Mutterschaft als versicherungsfremd einzustufen, weil sie sich nicht auf eine Krankheit beziehen, erscheint somit fragwürdig, da Schwangerschaft und Geburten mit gesundheitlichen Risiken verbunden sind, ihre ärztliche Betreuung also unmittelbar dem Erhalt der Gesundheit dient.

Ähnlich verhält es sich bei Leistungen zum Zweck der Krankheitsprävention. Sie sind darauf gerichtet, die Entstehung von Krankheiten zu vermeiden (Primärprävention), Krankheiten bei erhöhten Risiken in frühen Stadien zu erkennen (da dies in vielen Fällen die Chancen auf einen Behandlungserfolg erhöhen; Sekundärprävention) und bei bereits bestehenden Erkrankungen Komplikationen oder Rückfälle zu verhindern (Tertiärprävention).

¹⁷ Unabhängig davon wäre ein GKV-interner Ausgleich zwischen den Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Einkommensstrukturen ihrer Versicherten unterschiedlich stark durch Zuzahlungsbefreiungen belastet sein können, begründbar.

Während sich also ein Widerspruch zu den übergeordneten Versicherungszwecken der GKV nicht feststellen lässt, kommt der Nutzen der Leistungen dieser beiden Bereiche auch Personengruppen außerhalb des GKV-Versichertenkollektivs zugute und hat somit eine gesamtgesellschaftliche Dimension.

- ♦ Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sind medizinische Leistungen, die auch dem Bereich der Familien(förder)politik zugerechnet werden können. Familienpolitik ist grundsätzlich gesamtgesellschaftlich ausgerichtet, so dass eine Steuerfinanzierung familienpolitischer Maßnahmen begründbar wäre, um z. B. negativen Wirkungen einer alternden Bevölkerung auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung entgegenzuwirken (vgl. Kapitel 2.2.2). Konsequenterweise wären dann Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft für die gesamte Bevölkerung (also über die GKV-Mitglieder hinaus) aus Steuermitteln zu finanzieren. Da Schwangerschaft und Mutterschaft auch die Voraussetzungen für eine demographische Stabilisierung des Umlageverfahrens in der GKV verbessern, lässt sich eine teilweise GKV-interne Finanzierung ebenfalls begründen (vgl. Kapitel 2.2.2).
- ♦ Auch Präventionsleistungen können – im Sinne von Kollektivgütern – positiven Nutzen außerhalb des GKV-Versichertenkollektivs erzeugen. Dies trifft beispielsweise auf Effekte von Impfungen in Form der sog. Herdenimmunität zu, aber auch auf GKV-Ausgaben nach dem Konzept der „Prävention in Lebenswelten“ (§ 20a SGB V). Die finanzielle Nutzendimension erfolgreicher Prävention geht über vermiedene GKV-Ausgaben für Krankenbehandlung hinaus und umfasst auch die Vermeidung gesamtwirtschaftlicher Wertschöpfungsverluste durch Arbeitsunfähigkeit – allerdings gilt dies ebenso für erfolgreiche Krankenbehandlungen.

Die aufgeführten Beispiele zeigen, dass für beitragsfinanzierte GKV-Leistungen mit der gesamtgesellschaftlichen Zielsetzung der Familienförderung bzw. mit Kollektivgutcharakter eine zumindest teilweise Steuerfinanzierung begründbar ist.

3. Quantifizierung potenziell versicherungsfremder Leistungen

Im Folgenden wird für ein breites Spektrum an finanziellen Belastungen der GKV, die – sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite – in der Diskussion über versicherungsfremde Leistungen genannt werden, deren Umfang quantifiziert. Die aufgeführten Beträge können teilweise aus verfügbaren Statistiken entnommen werden, teilweise handelt es sich um eigene Schätzungen oder um Schätzungen anderer Quellen, die je nach Datenverfügbarkeit aktualisiert wurden.

Eine Bewertung der einzelnen Positionen im Hinblick auf die Begründbarkeit ihrer Einstufung als versicherungsfremd – auf der Grundlage der konzeptionellen Grundlagen einer Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen (vgl. Kapitel 2) – enthält die anschließende Diskussion (Kapitel 4).

3.1 Präventionsleistungen

In diesem Bereich werden Leistungen der allgemeinen Prävention, der Primärprävention und im Zusammenhang mit Schutzimpfungen zusammengefasst.

Im Rahmen von Maßnahmen der Primärprävention nach dem Individualansatz (§ 20 Abs. 1 SGB V) wies die GKV im Jahr 2024 auf Basis der KJ1-Statistik des BMG Leistungsausgaben im Umfang von rund 218 Mio. Euro auf (Tabelle 1).

Für Maßnahmen der Primärprävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten (§ 20 Abs. 1 i. V. m. Abs. 4 SGB V), für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF, § 20b SGB V) und für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20c SGB V) hat die GKV im Jahr 2024 insgesamt rund 467 Mio. Euro ausgegeben.

Darüber hinaus sind Leistungsausgaben für die Verhütung von Zahnerkrankungen im Rahmen der Individualprophylaxe bei Versicherten im Alter zwischen sechs und 18 Jahren sowie der Gruppenprophylaxe von rund 681 Mio. Euro entstanden.

Im Zusammenhang mit Schutzimpfungen sind in der GKV im Jahr 2024 insgesamt Ausgaben in Höhe von 3,2 Mrd. Euro angefallen. Davon entfiel der Großteil auf die Impfstoffe (2,5 Mrd. Euro), während das ärztliche Honorar für Impfungen (421 Mio. Euro) und Impfungen im Rahmen von Satzungsleistungen (283 Mio. Euro) jeweils vergleichsweise geringere Ausgabenanteile aufwiesen.

3.2 Beitragsbefreiung

Den finanziell größten Posten der als potenziell versicherungsfremd einzustufenden Leistungen in der GKV stellt die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen dar, die über kein oder nur ein geringfügiges Erwerbseinkommen verfügen (Kinder und Ehe-/Lebenspartner).

Für eine Schätzung der mit dieser Beitragsbefreiung für die GKV verbundenen Belastungen wird üblicherweise ein ausgabenbezogener Ansatz gewählt. Das heißt, es werden die GKV-Ausgaben für die beitragsbefreiten Versichertengruppen

geschätzt, denen keine Beitragszahlungen gegenüberstehen. Aufgrund der starken Altersabhängigkeit der GKV-Leistungsausgaben kann eine Näherung über die Berücksichtigung der Altersstrukturen der beitragsbefreiten Versichertengruppen vorgenommen werden.

Zu den Altersprofilen der Pro-Kopf-Leistungsausgaben der GKV-Versicherten liegen Daten des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) bis zum Jahr 2023 vor. Die Mitgliederstatistik KM6 liefert die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen und ihre Altersstruktur.

Demnach gab es im Jahr 2023 knapp 16,2 Mio. mitversicherte Familienangehörige in der GKV, davon 9,9 Mio. Kinder im Alter bis unter 15 Jahren und weitere knapp 2,5 Mio. Versicherte im Alter von 15 bis unter 20 Jahren.¹⁸

Würde man für die mitversicherten Familienangehörigen Krankenversicherungsbeiträge erheben, die ihre GKV-Leistungsausgaben vollständig decken, hätte die GKV zusätzliche Beitragseinnahmen in einer Größenordnung von schätzungsweise 34,3 Mrd. Euro bezogen auf das Jahr 2023 erzielt (Tabelle 1).

Von dem Gesamtbetrag der hypothetischen, für das Jahr 2023 geschätzten zusätzlichen GKV-Beitragseinnahmen entfallen 23,6 Mrd. Euro auf die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen (bis unter 25 Jahre) und 7,0 Mrd. Euro auf die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern (25 Jahre oder älter, sofern sie nicht bei Rentnern mitversichert sind). Rund 2,6 Mrd. Euro der geschätzten zusätzlichen Beitragseinnahmen sind den bei Rentnern mitversicherten Familienmitgliedern zuzurechnen, wenn von ihnen ausgabendeckende Beiträge erhoben worden wären.

Von diesen Summen entfällt ein Betrag von ungefähr knapp 3,2 Mrd. Euro auf die Unterdeckung bei Kindern und Ehepartnern von Bürgergeldbeziehern (exkl. Verwaltungskosten), welcher bei Ermittlung der Deckungslücke in Bezug auf die gesamte Gruppe der Bürgergeldbezieher berücksichtigt wurde und somit an dieser Stelle abzuziehen ist, um eine doppelte Berücksichtigung zu vermeiden. Die Schätzung dieses Teilbetrags basiert auf einer anderen Datengrundlage und ist aktuell nur für das Jahr 2022 verfügbar.

¹⁸ Passend zum aktuellen Datenjahr der BAS-Daten wurde die KM6-Mitgliederstatistik für das Jahr 2023 verwendet. Die KM6-Daten beziehen sich auf den Stichtag 01.07.2023. Im Unterschied hierzu weist die KM1-Statistik über Mitglieder, Versicherte und Kranke neben Monatswerten auch Jahresdurchschnitte aus und bildet das Gesamtjahr umfassender ab. Die KM6-Statistik weist gegenüber der KM1-Statistik jedoch den Vorteil auf, dass die Versicherten in der Struktur nach Altersgruppen dargestellt werden. Gemäß KM1-Statistik betrug die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen in der GKV im Durchschnitt des Jahres 16,0 Mio. und damit etwas weniger als gemäß KM6-Statistik zur Jahresmitte.

Tabelle 1: Potenziell versicherungsfremde Leistungen nach Bereich

Leistungsbereich	Betrag in Mio. €
Präventionsleistungen	4.591
Primärprävention (Individualansatz)	218
Primärprävention (nichtbetriebliche Lebenswelten) und BGF	467
Verhütung von Zahnerkrankungen (Individual- / Gruppenprophylaxe)	681
Schutzimpfungen	3.224
Beitragsbefreiung	34.065
Beitragsfreie Mitversicherung Kinder (bis unter 25 Jahre)	23.599
Beitragsfreie Mitversicherung Ehepartner (25 Jahre oder älter)	7.039
Beitragsfreie Mitversicherung Familienmitglieder Rentner	2.647
Unterdeckung Kinder und Ehepartner von Bürgergeldbeziehern	-3.153
Beitragsfreie Mitversicherung Verwaltungskostenpauschale (alle)	2.934
Beitragsfreiheit für Eltern- und Mutterschaftsgeld	1.000
Familienbezogene Sachleistungen	5.803
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	5.243
Leistungen zur Empfängnisverhütung	361
Betriebs- und Haushaltshilfen	199
Weitere familienpolitische Leistungen	505
Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes	474
Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Eltern	31
Unterstützung einkommensschwacher Gruppen	11.843
Nicht-ausgabendeckende Beiträge für Bürgergeldbezieher (inkl. familienversicherter Kinder und Ehepartner)	9.218
Beitragspauschalen Midi-Jobs	808
Reduzierte Beiträge für pflichtversicherte Studierende	332
Zuzahlungsbefreiungen gem. Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V	286
Freibetrag bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung	1.200
Strukturförderung im Gesundheitswesen	5.024
Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser	3.430
Strukturfonds, Förderung Geburtshilfe und weitere	583
Telematikinfrastruktur und Dateninfrastruktur	1.011
Weitere Leistungsbereiche	2.374
Innovationsförderung im Gesundheitswesen (Innovationsfonds)	201
Förderung von Aus- und Weiterbildung (Allgemeinmedizin, Pflege)	427
Verbraucher- und Patientenschutz	143
Hospiz- und Palliativversorgung	1.603
Gesamt	64.206

Quellen: IGES auf Basis von Daten der KJ1- und KM6-Statistik des BMG, des BAS, der BA, des SOEP sowie Berndt et al. (2024)

Anmerkungen: Bezugsjahr: grundsätzlich 2024, Abweichungen siehe Text
* exkl. familienversicherter Kinder und Ehepartner von Bürgergeldbeziehern

Die zuvor aufgezählten Summen beziehen sich ausschließlich auf die Leistungsausgaben der jeweiligen Versichertengruppen. Würde man darüber hinaus auch noch die Verwaltungsausgaben berücksichtigen und diese anteilig und pauschal den hypothetischen ausgabendeckenden Beiträgen der beitragsbefreiten Personengruppen zurechnen, ergäben sich weitere zusätzliche Beitragseinnahmen in Höhe von rund 2,9 Mrd. Euro (wobei knapp 0,3 Mrd. Euro Verwaltungskosten für familienversicherte Kinder und Ehepartner von Bürgergeldbeziehern zur Vermeidung von Doppelzahlungen nicht enthalten sind).

Hinzu kommen Einnahmeverluste der GKV durch Beitragsfreiheit bei Mutterschutz und Elternzeit bzw. auf Einkommen aus Elterngeld und Mutterschaftsgeld. In einer älteren Schätzung aus dem Jahr 2013 wurde die Höhe mit ca. 1,0 Mrd. Euro veranschlagt.¹⁹ Im Unterschied zu den o. a. Ansätzen lassen sich in diesem Fall die Einnahmeverluste als fiktive Beitragseinnahmen auf das als Entgeltersatzleistung ausgestaltete und aus dem Bundeshaushalt finanzierte Elterngeld und auf das von der GKV finanzierte Mutterschaftsgeld abschätzen. Im Jahr 2024 beliefen sich die Ausgaben für Elterngeld auf knapp 7,2 Mrd. Euro²⁰, setzt man für die GKV näherungsweise einen Anteil von 90 % an, verbleiben knapp 6,5 Mrd. Euro. Die GKV-Ausgaben für Mutterschaftsgeld betrugen im Jahr 2024 rund 0,6 Mrd. Euro. Bezieht man auf die Summe beider Positionen den allgemeinen Beitragssatz zuzüglich des durchschnittlichen zusätzlichen Beitragssatzes im Jahr 2024 (insg. 16,3 %), ergeben sich fiktive Beitragseinnahmen in Höhe von knapp 1,2 Mrd. Euro. Allerdings stellt dieser Betrag eine Überschätzung dar, denn nicht bei allen Beziehern von Elterngeld kommt es durch Beitragsbefreiung zu Einnahmeverlusten. So zahlen freiwillig versicherte Arbeitnehmer ihre Beiträge auch während des Elterngeldbezugs weiter. Teilweise sind freiwillig Versicherte vor dem Elterngeldbezug bereits beitragsfrei familienversichert. Zudem werden auf Einkommen aus Teilzeittätigkeiten während der Elternzeit Beiträge erhoben. Daher werden hier die Einnahmeverluste aus der Beitragsbefreiung von Eltern- und Mutterschaftsgeld mit nur rd. 1 Mrd. Euro angesetzt.

3.3 Familienbezogene Sachleistungen

3.3.1 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Für Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft wies die GKV im Jahr 2024 auf Basis der KJ1-Statistik insgesamt Ausgaben in Höhe von rund 5,2 Mrd. Euro auf (Tabelle 1). Davon entfielen rund 2,9 Mrd. Euro auf stationäre

¹⁹ Vgl. Faktenblatt zum Thema: Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen des GKV-Spitzenverbands vom 04.03.2013, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/Faktenblatt_Ausgaben_versicherungsfremde_Leistungen_2013-03-04.pdf (Abruf: 04.08.2025).

²⁰ Quelle: Rechnung über den Haushalt des Einzelplans 17 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für das Haushaltsjahr 2024, <https://www.bundeshaushalt.de/static/daten/2024/ist/epl17.pdf#page=1656> (Abruf: 04.08.2025)

Entbindungen (inkl. Pflegepersonalkosten), jeweils knapp 800 Mio. Euro auf die ärztliche Betreuung in diesem Kontext sowie die Hebammenhilfe, knapp 650 Mio. Euro auf Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld (inkl. Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit) sowie der Restbetrag (87 Mio. Euro) auf Haushaltshilfen bzw. häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung und sonstige Sachleistungen.

3.3.2 Leistungen zur Empfängnisverhütung

Ausgaben der GKV für ärztliche Beratung und Behandlung, Krankenhausbehandlung (inkl. Pflegepersonalkosten) sowie Arznei- und Verbandmittel im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung betrugen im Jahr 2024 insgesamt rund 361 Mio. Euro.

3.3.3 Betriebs- und Haushaltshilfen

Die GKV übernimmt (auf Antrag) die Kosten für Haushaltshilfen gem. § 38 SGB V, wenn es Versicherten mit Kindern unter 12 Jahren aus medizinischen Gründen (z. B. Krankenhausbehandlung) nicht möglich ist, ihren Haushalt weiterzuführen.

Für Haushaltshilfen (bzw. Betriebshilfen in den Landwirtschaftlichen Krankenkassen) hat die GKV im Jahr 2024 rund 199 Mio. Euro ausgegeben. Dieser Posten umfasst als Regelleistung gestellte Haushalts- bzw. Betriebshilfen und Erstattungsbeiträge für selbstbeschaffte sowie darüber hinaus im Rahmen von Mehrleistungen in Anspruch genommene Haushalts-/Betriebshilfen.

3.4 Weitere familienpolitische Leistungen

Die GKV zahlt über die regulären Leistungen im Rahmen des Krankengelds bei Arbeitsunfähigkeit (§ 44 SGB V) hinaus auch Krankengeld, wenn gesetzlich versicherte Eltern ihre kranken Kinder betreuen (§ 45 SGB V), oder bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, zudem bei Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüchen (§ 24b Satz 2 SGB V). Die Aufwendungen für diese Positionen beliefen sich im Jahr 2024 gemäß KJ1-Statistik auf zusammen knapp 505 Mio. Euro (davon 474 Mio. Euro für das Kinderkrankengeld).

3.5 Unterstützung einkommensschwacher Gruppen

3.5.1 Deckungslücke bei Bürgergeldbezieher*innen

Kostendeckende Beiträge

Die für Bürgergeldbezieher gezahlten GKV-Beiträge decken nicht die von ihnen verursachten Ausgaben. Die Differenz kann potenziell als versicherungsfremde Leistung gewertet werden. Für das Jahr 2022 wurde diese Differenz auf 9,2 Mrd. Euro veranschlagt (Ochmann et al. 2024). Ein Teil der Differenz bezieht sich auf

Familienangehörige der Bürgergeldbezieher (knapp 3,2 Mrd. Euro Leistungsausgaben zzgl. knapp 0,3 Mrd. Euro Verwaltungskosten, vgl. Abschnitt 3.2). Rechnet man diesen Teil heraus, um Doppelzahlungen mit den Einnahmeausfällen aus der beitragsfreien Familienversicherung (vgl. Abschnitt 3.2) zu vermeiden, bleibt ein Betrag von 5,8 Mrd. Euro, um den die Pauschalbeiträge zur Deckung der Gesamtausgaben der Bürgergeldbezieher (inkl. der auf diese bezogenen Verwaltungskosten) höher ausfallen müssten.

An vergleichbarem Erwerbseinkommen bemessene Beiträge

Ein alternativer Ansatz, der nicht auf eine gruppenbezogene Kostendeckung abzielt, schätzt die finanziellen Belastungen der GKV durch (zu geringe) Beitragspauschalen für Bürgergeldbezieher, als Differenz zu Beiträgen, die erwerbstätige GKV-Mitglieder mit gleichen verfügbaren Einkommen zu zahlen haben. Für eine Schätzung dieser Differenz werden Personen betrachtet, deren aus Arbeitsentgelt resultierendes Nettoeinkommen in etwa der durchschnittlichen Höhe des Bürgergelds entspricht. Bezogen auf eine durchschnittliche Höhe des Bürgergelds (Zahlungsanspruch inkl. Kosten für Unterkunft und Heizkosten) von monatlich 1.051 Euro für Alleinstehende (Stand März 2025 gemäß BA 2025) als Vergleichsgröße für ein Nettoeinkommen aus Erwerbsarbeit errechnet sich ein Bruttoeinkommen von rund 1.340 Euro pro Monat. Bei Anwendung des für Bürgergeldbezieher gemäß § 246 SGB V gültigen ermäßigten Beitragssatzes (14,0 %) zzgl. dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz gemäß § 242a SGB V (derzeit 2,5 %) ergäbe sich ein monatlicher GKV-Beitrag in Höhe von 221,10 Euro. Dieser Betrag liegt um 66 % über der tatsächlich gezahlten monatlichen Beitragspauschale. Hochgerechnet mit der Zahl der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im Bürgergeldbezug (knapp 4,0 Mio.²¹, Stand März 2025 gemäß BA 2025a) ergäben sich Beitragseinnahmen für die Gruppe der Bürgergeldbezieher im Umfang von 10,5 Mrd. Euro bezogen auf das Jahr 2025. Gegenüber den im Jahr 2025 schätzungsweise tatsächlich erzielten Beitragseinnahmen (6,3 Mrd. Euro) auf Basis der Beitragspauschale nach geltendem Recht (133,16 Euro) entspräche dies Mehreinnahmen im Umfang von 4,2 Mrd. Euro. Der Ansatz an vergleichbarem Erwerbseinkommen bemessener Beiträge bleibt auf die erwerbsfähigen Bürgergeldbezieher beschränkt. Im Hinblick auf die Ausgaben für mitversicherte Familienangehörige von Bürgergeld-Beziehern lässt sich – mangels Erwerbsbezug – das Ausmaß der Unterdeckung, wie zuvor beschrieben, auf Basis gruppenbezogen kostendeckender Beiträge quantifizieren.

3.5.2 Beitragspauschalen Midi-Jobs

Bei Midi-Jobs handelt es sich um Beschäftigungsverhältnisse mit einem Arbeitsentgelt im Übergangsbereich oberhalb einer geringfügigen Beschäftigung (zwischen monatlich 520 Euro und 2.000 Euro im Jahr 2023). Personen mit einem Midi-Job sind versicherungspflichtig in der Krankenversicherung, ihre Beiträge werden

²¹ Inklusive „Aufstocker“, die ihren Zahlungsanspruch aus Bürgergeld um Einkünfte aus Erwerbstätigkeit aufstocken.

aber auf Grundlage einer reduzierten beitragspflichtigen Einnahme und dem Beitragssatz der Krankenkasse berechnet. Die Reduzierung des vom Arbeitnehmer zu tragenden Beitragsanteils dient vor allem beschäftigungspolitischen Zielen.²²

Durch die Zahlung von Beitragspauschalen für Midi-Jobber hat die GKV im Jahr 2023 schätzungsweise knapp 808 Mio. Euro weniger Beitragseinnahmen erzielt, als wenn die Midi-Jobber auf Basis ihrer Erwerbseinkommen reguläre GKV-Beiträge gezahlt hätten. Dieser Schätzung liegen eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA) zur Zahl der Midi-Jobber und von Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) zum durchschnittlichen Einkommen aus Erwerbstätigkeit in der Gruppe der Midi-Jobber zugrunde.

3.5.3 Reduzierte Beiträge für pflichtversicherte Studierende

Bei der Bemessung der GKV-Beiträge für in der GKV pflichtversicherte Studenten bildet der monatliche BAföG-Höchstbedarfssatz die Grundlage, und hierauf wird ein Anteil von 70 % des allgemeinen GKV-Beitragssatzes erhoben (§ 245 SGB V). Würde man stattdessen für diese Gruppe alternativ den vollen Beitragssatz erheben, hätte die GKV im Jahr 2024 Mehreinnahmen in Höhe von schätzungsweise rund 332 Mio. Euro erzielt (Schätzungsbasis: KM1-GKV-Mitgliederstatistik des BMG).

3.5.4 Zuzahlungsbefreiungen

Durch Zuzahlungsbefreiungen gemäß der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V werden in der GKV Geringverdiener und chronisch Kranke finanziell entlastet. Gemäß KJ1-Statistik sind der GKV in diesem Zusammenhang im Jahr 2024 Ausgaben im Umfang von knapp 286 Mio. Euro entstanden.

3.5.5 Freibetrag betriebliche Altersvorsorge

Im Zusammenhang mit Leistungen der betrieblichen Altersversorgung wird Betriebsrentnern seit dem Jahr 2020 ein Freibetrag bei der Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge gewährt. Dadurch werden GKV-Mitglieder, die Betriebsrenten beziehen, im Umfang von insgesamt schätzungsweise 1,2 Mrd. Euro (bezogen auf das Jahr 2019) entlastet.²³

²² Im Unterschied zu Midi-Jobbern sind Personen mit einer geringfügigen Beschäftigung (Mini-Job) nicht krankenversicherungspflichtig. Lediglich Arbeitgeber zahlen einen pauschalen Beitrag zur Krankenversicherung, aus denen jedoch keine Leistungsansprüche entstehen. Eine mögliche Maßnahme, um mehr Beitragseinnahmen aus Mini-Jobs zu generieren, wäre die Abschaffung der Versicherungsfreiheit von geringfügig Beschäftigten. Sozialrechtlich dürfte diese Gruppe weitreichende Überschneidungen mit anderen Personengruppen aufweisen. So ist davon auszugehen, dass sich zahlreiche Personen mit Mini-Jobs unter Familienversicherten, Studenten und Bürgergeldbeziehern („Aufstocker“) befinden.

²³ Diesem geschätzten Betrag liegt als Quelle der Gesetzentwurf zum GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (GKV-BRG) aus dem Jahr 2019 zugrunde.

3.6 Strukturförderung im Gesundheitswesen

Als eine Form der Strukturförderung im Gesundheitswesen lässt sich die indirekte Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern durch Leistungsvergütungen der Krankenkassen subsumieren. Im Zusammenhang mit der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser hat die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ beim BMG in ihrer Stellungnahme vom März dieses Jahres einen Bedarf für Bestandsinvestitionen der Krankenhäuser in Höhe von jährlich zwischen sechs und acht Milliarden Euro bezogen auf das Jahr 2022 ermittelt (vgl. KH-Regierungskommission 2025). Stellt man diesem Betrag die Summe der Förderbeträge der Länder (3,55 Mrd. Euro) gegenüber, ergibt sich eine Förderlücke zwischen 2,5 und 4,5 Mrd. Euro (im Mittel 3,4 Mrd. Euro).

Darüber hinaus fallen unter die Strukturförderung im Gesundheitswesen Fördermaßnahmen der GKV, die im Wesentlichen im Rahmen des Strukturfonds und der Förderung der Geburtshilfe umgesetzt werden.

- ◆ Der Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds am Strukturfonds (gem. § 271 Abs. 6 SGB V) belief sich im Jahr 2024 auf rund 259 Mio. Euro, inklusive des Anteils der Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) (gem. § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V).
- ◆ Im Zusammenhang mit der Förderung von Einrichtungen der Geburtshilfe am Krankenhaus hat die GKV im Jahr 2024 gemäß § 5 Abs. 2b KHEntgG 120 Mio. Euro ausgegeben.
- ◆ Weitere Maßnahmen der durch die GKV finanzierten Strukturförderung verursachten in Summe Ausgaben von schätzungsweise 205 Mio. Euro (im Einzelnen mit unterschiedlichem Bezugsjahr der Schätzungen, entweder 2021, 2022 oder 2023). Darunter fallen Förderungen im Rahmen des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung sowie der Strukturen des Notdienstes nach § 105 Abs. 1b SGB V.
- ◆ Strukturfördernden Charakter haben in der Krankenhausversorgung schließlich auch die Zahlung krankenhaushausindividueller Zu- und Abschläge in Zusammenhang mit der Notfallstufenvergütungsvereinbarung sowie pauschaler Zuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum nach § 5 Abs. 2a KHEntgG.²⁴

Insgesamt knapp 1,0 Mrd. Euro wurden in der GKV im Jahr 2024 für die Telematikinfrastruktur und die Dateninfrastruktur aufgewandt. Davon entfielen knapp 494 Mio. Euro auf die Telematikinfrastruktur, rund 232 Mio. Euro auf die

²⁴ Infolge des KHVVG kommen ab dem Jahr 2027 weitere Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin mit einem Gesamtvolumen von knapp 540 Mio. Euro jährlich hinzu (§ 39 KHG) sowie Förderbeträge für Hochschulkliniken für die Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung ihrer speziellen Vorhaltungen in Höhe von 125 Mio. Euro jährlich (§ 38 SGB V).

elektronische Patientenakte (ePA), rund 146 Mio. Euro auf die elektronische Gesundheitskarte, rund 90 Mio. Euro auf die Umlage zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik und rund 15 Mio. Euro auf die Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303a bis 303e SGB V (Dateninfrastruktur).

3.7 Weitere Leistungsbereiche

Im Rahmen der Innovationsförderung im Gesundheitswesen (Innovationsfonds gem. § 92a SGB V) wurden im Jahr 2024 gemäß KJ1-Statistik knapp 201 Mio. Euro ausgegeben. Dies umfasst den Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds am Innovationsfonds (nach § 271 Abs. 2 Satz 5 SGB V) und den Finanzierungsanteil der Krankenkassen am Innovationsfonds (nach § 92a Abs. 4 Satz 1 bzw. § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V), jeweils inklusive des Anteils der LKK.

Im Zusammenhang mit der Förderung von Aus- und Weiterbildung hat die GKV im Jahr 2024 schätzungsweise knapp 427 Mio. Euro ausgegeben. Dies beinhaltet im ärztlichen Bereich die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V (ambulanter Bereich/Kompetenzzentren mit knapp 249 Mio. Euro) und die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V (stationärer Bereich) mit knapp 20 Mio. Euro. Aus dem pflegerischen Bereich hinzuzurechnen sind die Mehrausgaben, die der GKV durch die vollständige Übernahme der Ausbildungsvergütungen in der (Kinder-)Krankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr als Folge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) entstanden sind. Sie wurden auf rund 155 Mio. Euro jährlich (ab 2020) veranschlagt. Ebenfalls aus dem PpSG resultierte das Programm zur Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in Krankenhäusern, durch das der GKV zuletzt Kosten von schätzungsweise weniger als 5 Mio. Euro entstanden.

Des Weiteren können Leistungen des Verbraucher- und Patientenschutzes als potenziell versicherungsfremd angesehen werden. In diesem Kontext wurden im Jahr 2024 gemäß KJ1-Statistik rund 143 Mio. Euro in der GKV ausgegeben. Mit diesen Leistungen wurden Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen (entweder nur durch einen Zuschuss oder ohne einen Zuschuss) gefördert sowie die digitale Gesundheitskompetenz der Versicherten nach § 20k SGB V und Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V).

Die Hospiz- und Palliativversorgung wird als versicherungsfremd diskutiert, weil sie nicht auf Heilung zugrundeliegender Krankheiten abzielt und daher nicht in einem direkten Zusammenhang mit der Absicherung eines Krankheitsfalles stehe (vgl. Berndt et al. 2024). Im Zusammenhang mit der Hospiz- und Palliativversorgung hatte die GKV im Jahr 2024 Leistungsausgaben von insgesamt rund 1.603 Mio. Euro (KJ1-Statistik). Davon entfielen knapp 883 Mio. Euro auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, knapp 396 Mio. Euro auf Zuschüsse zu stationären Hospizen, rund 141 Mio. Euro auf Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, knapp 134 Mio. Euro auf die Förderung ambulanter Hospizdienste, knapp 49 Mio. Euro auf Heil- und Hilfsmittel im Rahmen der

spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie ein kleiner Betrag von etwa 1 Mio. Euro auf die Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken nach § 39d SGB V.

4. Diskussion

Abschließend werden die in Kapitel 3 aufgeführten und quantifizierten Positionen hinsichtlich der Frage eingeordnet, inwiefern sie auf Basis der konzeptionellen Abgrenzungskriterien (Kapitel 2) als versicherungsfremd eingestuft werden können. Im Folgenden wird diese Einstufung nach drei Kategorien vorgenommen: begründbar, teilweise begründbar und kaum begründbar.

Die Darstellung und Diskussion der konzeptionellen Grundlagen (Kapitel 2) haben bereits verdeutlicht, dass in vielen Fällen für klare und insbesondere in quantitativer Hinsicht eindeutige Abgrenzungen versicherungsfremder Anteile von GKV-Leistungen die Voraussetzungen fehlen. Bei der Zuordnung zeigen sich zwischen den dargestellten Kriterien und Kategorien teilweise fließende Übergänge. Häufig ergibt sich ein Mischcharakter der Leistungen, bei denen (anteilig) sowohl eine systeminterne Finanzierung (über Beitragszahlungen) als auch eine gesamtgesellschaftliche Finanzierung (aus dem Steueraufkommen) in Frage kommen. Eine konkrete Grenzziehung erfordert in einigen Fällen weitere Untersuchungen, z. B. zur genaueren Abschätzung von Kollektiv- bzw. Versicherungsanteilen in einzelnen Leistungsbereichen. In anderen Fällen dürfte dies aber auch eine vor allem politisch zu lösende Aufgabe bleiben, für die u. U. auch weitere Kriterien als die hier diskutierten herangezogen werden könnten.

Die folgenden Einstufungen sind daher als Vorschlag und Grundlage für die weitere Diskussion zu verstehen. Dabei ist es das Ziel, zur stärkeren Systematisierung und Konkretisierung der Diskussion über versicherungsfremde Leistungen in der GKV beizutragen.

4.1 Als versicherungsfremd begründbare Leistungen

Die Beitragsbefreiung für Ehepartner von GKV-Mitgliedern, die über kein (mehr als geringfügiges) Erwerbseinkommen verfügen, ist als eine versicherungsfremde Leistung einzustufen. Hierbei handelt es sich um eine familienpolitische Maßnahme. Die daraus resultierende finanzielle Belastung in Form von GKV-Ausgaben für familienversicherte Ehepartner (inkl. Rentner), denen keine Beiträge gegenüberstehen, hat (inkl. Verwaltungskosten) eine Größenordnung von schätzungsweise knapp 11,4 Mrd. Euro (Tabelle 2).²⁵ Eine systeminterne Finanzierung lässt

²⁵ Hierbei wurden die auf Ehepartner entfallenden Anteile an den geschätzten, auf Familienangehörige insgesamt entfallenden Verwaltungskostenanteilen hälftig nach Personenzahlen und hälftig nach altersabhängiger Morbiditäts- bzw. Leistungslast bestimmt (in Anlehnung an das Vorgehen bei der Zuweisung standardisierter Verwaltungskosten im Risikostrukturausgleich). Zugrunde gelegt wurden hälftig der Anteil der erwachsenen Familienangehörigen an allen mitversicherten Familienangehörigen in der GKV (gemäß KM1-Statistik im Jahresdurchschnitt 2024: 16,1 %) sowie hälftig der Anteil der Leistungsausgaben (ohne

sich kaum begründen, denn – im Unterschied zur Beitragsfreiheit von Kindern – bleibt ein gesondert förderungswürdiger generativer Beitrag speziell von Einverdiener-Ehepaaren zur Stabilisierung des Umlageverfahrens fraglich. Allerdings ist aus diesem Grund auch eine Steuerfinanzierung dieser Beitragsausfälle diskussionswürdig. Eine mögliche Alternative zu einem steuerfinanzierten Ausgleich der entgangenen Beitragseinnahmen wäre nach dem Kriterium der Gleichbehandlung von Ehepartnern mit gleichem Gesamteinkommen eine Beitragserhebung nach dem aus dem Steuerrecht bekannten Splitting-Ansatz.

Eine substantielle finanzielle Belastung entsteht der GKV durch Personengruppen unter ihren Mitgliedern, die keine oder reduzierte Beiträge zahlen, obwohl sie über Einkommen verfügen.

- ◆ Im Fall der *Beitragsfreiheit von Eltern- und Mutterschaftsgeld* knüpft dieses Einkommen überwiegend an vorheriges Erwerbseinkommen an.
- ◆ *Bürgergeldbezieher* und *Studenten* verfügen über bedarfsorientierte Einkommen, für die nach eigenständigen Regeln reduzierte Beiträge festgelegt werden.
- ◆ *Personen mit Midi-Jobs* verfügen über Erwerbseinkommen, zahlen hierauf aber vor allem aus beschäftigungspolitischen Gründen reduzierte Beiträge.

In allen Fällen ist begründbar, dass sich die Beiträge für diese Personengruppen nach den allgemeinen Regeln für GKV-Mitglieder bemessen und eine – familien-, fürsorge- oder beschäftigungspolitisch gewünschte – Kompensation der hieraus entstehenden Mehrbelastungen außerhalb der GKV zu finanzieren wäre. So könnte die Netto-Position dieser Personengruppen aufrechterhalten werden, indem die zugrundeliegenden staatlichen Transferleistungen entsprechend aufgestockt werden, so dass sich eine Subvention dieser Mehrbeiträge durch Steuermittel ergäbe.

Der geschätzte Umfang der finanziellen (versicherungsfremden) Belastungen der GKV durch Verzicht auf Anwendung der allgemeinen Beitragsbemessung für diese Personengruppen beträgt rd. 6,3 Mrd. Euro. Dabei ist zu berücksichtigen, dass von der Gruppe der Bürgergeldbezieher ausschließlich die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in diese Schätzung einbezogen wurden, während die nicht-erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit Bürgergeld konzeptionell den Belastungen aus beitragsfreier Mitversicherung von Familienangehörigen zugeordnet werden.

Krankengeld) für Versicherte im Alter ab 25 Jahren an den Leistungsausgaben insgesamt gemäß den vom Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlichten GKV-Ausgabenprofilen für das Jahr 2023 (88,3 %).

Tabelle 2: Versicherungsfremde Leistungen mit Einstufung „begründbar“

Leistung	finanzieller Umfang (Schätzung) in Mio. €
beitragsfreie Mitversicherung: Ehepartner, Rentner	9.686
beitragsfreie Mitversicherung Verwaltungskostenpauschale (Anteil, der auf erwachsene Mitversicherte entfällt)	1.667
Beitragsfreiheit für Eltern- und Mutterschaftsgeld	1.000
Beitragsreduzierung für erwerbsfähige Bürgergeldbezieher (exklusive Familienversicherte)	4.200
Beitragsreduzierung für Midi-Jobs	808
Beitragsreduzierung für pflichtversicherte Studenten	332
indirekte Mitfinanzierung von Krankenhausinvestitionen (Förderlücke)	3.430
Primärprävention (in nichtbetrieblichen Lebenswelten) und betriebliche Gesundheitsförderung	467
Förderung von Aus- und Weiterbildung (Allgemeinmedizin, Pflege) (Anteil)	155
insgesamt	21.745

Quelle: IGES; Quellen für Schätzungen des finanziellen Umfangs s. Kapitel 3

Als versicherungsfremd einzustufen sind darüber hinaus Umwidmungen GKV-finanzierter Vergütungen von Krankenhausleistungen für Investitionszwecke, da diese nach dem geltenden System der dualen Finanzierung durch die Bundesländer zu fördern sind (vgl. § 6 Abs. 1 KHG). Um die Höhe der durch solche Umwidmungen entstehenden finanziellen Belastungen für die GKV einzuschätzen, wird die Differenz zwischen den tatsächlich von den Bundesländern finanzierten Investitionsförderungen und dem Investitionsbedarf bestimmt. Aktuelle Schätzungen (KH-Regierungskommission 2025) ergeben eine Förderlücke, die für das Jahr 2022 – je nach getroffenen Annahmen – auf eine Größenordnung zwischen knapp 2,5 Mrd. Euro und 4,5 Mrd. Euro veranschlagt wird (mittlere Variante: 3,43 Mrd. Euro). Diese Abschätzungen beziehen sich auf den jährlichen Investitionsbedarf zum Bestandserhalt der Krankenhäuser (inkl. „Investitionsstau“), berücksichtigen aber auch voraussichtliche Veränderungen der Krankenhausstruktur infolge einer verstärkten Ambulantisierung, welche den Investitionsbedarf perspektivisch mindern. Solange jedoch eine Zielstruktur der Krankenhausversorgung nicht konkretisiert wird, ist nur eine grobe Schätzung des Investitionsbedarfs möglich. Einschränkend gilt zudem, dass – je nach Annahme über den bestehenden Investitionsstau – der Investitionsbedarf nicht voll gedeckt wird, weder direkt aus Landesfördermitteln noch indirekt aus den Leistungsvergütungen durch die Krankenkassen. Durch eine in ihrer Höhe am Investitionsbedarf orientierte Förderung durch die Bundesländer würde aber eine indirekte Mitfinanzierung durch die Krankenkassen gestoppt. Im Hinblick auf den Bedarf an zusätzlicher Steuerfinanzierung ist somit prinzipiell der dem vollen Investitionsbedarf entsprechende Betrag anzusetzen.

Unter den ausgabenseitigen Leistungen lassen sich die *Primärprävention in nicht-betrieblichen Lebenswelten* und die *betriebliche Gesundheitsförderung* als versicherungsfremd einstufen. Die Ausgaben hierfür betrugen im Jahr 2024 knapp 470 Mio. Euro. Begründet werden kann dies primär mit dem Kollektivgutcharakter dieser Maßnahmen, deren potenzieller Nutzen nicht auf gesetzlich versicherte Personen beschränkt ist. Darüber hinaus sind die Wirkungszusammenhänge zwischen den Maßnahmen und den GKV-Zielen der Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Gesundheit weniger gut nachweisbar als bei Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention auf Individualebene.

Bei der Pflegeausbildung im Krankenhaus beteiligt sich die GKV an den Mehrkosten der Ausbildung (infolge geringerer Produktivität).²⁶ Dabei wird der Arbeitsumfang, in dem Auszubildende voll ausgebildete Pflegekräfte ersetzen bzw. entlasten, mindernd berücksichtigt. Hierfür werden pauschale Anrechnungsschlüssel für die (Kinder-)Krankenpflege und die Krankenpflegehilfe angesetzt. Mit dem PpSG wurde diese Anrechnung für das erste Ausbildungsjahr komplett gestrichen. Bereits die Beteiligung der GKV an den Mehrkosten der Ausbildung weicht von der typischen Finanzierung in der dualen Berufsausbildung ab; die gezielte Förderung von Nachwuchs in Gesundheitsberufen lässt sich mit einer aktiv gestaltenden Rolle der GKV bei der Entwicklung der Gesundheitsversorgung begründen (s. a. im Folgenden).

²⁶ Auch die Private Krankenversicherung (PKV) übernimmt einen Teil der Mehrkosten.

Die Abgrenzung der Mehrkosten der Ausbildung ist aber stark pauschaliert und wurde durch das PpSG in unsystematischer Weise angepasst. Eine Alternative für eine systematische Aufteilung wäre stattdessen beispielsweise, die pauschalen Anrechnungsschlüssel nach Ausbildungsjahr zu differenzieren und perspektivisch durch empirische Erhebungen die Versorgungs- bzw. Entlastungsbeiträge genauer zu bestimmen. Daher werden die Mehrausgaben für die GKV durch die vollständige Refinanzierung der Pflegeausbildung im ersten Ausbildungsjahr von schätzungsweise 155 Mio. Euro jährlich den als versicherungsfremd begründbaren Leistungen zugerechnet.

4.2 Teilweise als versicherungsfremd begründbare Leistungen

Familienpolitische Leistungen haben grundsätzlich eine gesamtgesellschaftliche Zielsetzung. Im Hinblick auf die demographischen Belastungen für das nach dem Umlageverfahren organisierte Finanzierungssystem der GKV können familienpolitische Leistungen zur Förderung des generativen Nachwuchses (durch Geburten bzw. Kinder) aber auch GKV-spezifisch begründet werden.

Kindervergünstigungen in der GKV haben somit nur teilweise einen versicherungsfremden Charakter, eine Mischfinanzierung aus Beiträgen und Steuern lässt sich daher argumentativ stützen.

Fasst man hierunter als finanzielle Belastungen die GKV-Ausgaben für

- ◆ Kinder, da diesen keine Beiträge gegenüberstehen,
- ◆ Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- ◆ Haushalts- und Betriebshilfen (bei Kindern unter 12 Jahren) sowie
- ◆ Krankengeld bei Betreuung kranker Kinder und bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Eltern,

ergibt sich eine Summe von schätzungsweise rd. 31 Mrd. Euro (Tabelle 3).²⁷

Hinsichtlich der GKV-Ausgaben für *Bürgergeldbezieher* und ihrer leistungsberechtigten Familienangehörigen ist für die Einstufung entscheidend, ob die GKV-Mitgliedschaft dieser Personengruppen als versicherungsfremd eingestuft wird oder nicht. Die vorigen Ausführungen (Kapitel 2.2.1) haben gezeigt, dass hierbei unterschiedliche Sichtweisen möglich sind – zwischen einem „engeren“ Arbeitnehmerbezug und einem umfassenderen Erwerbsbezug. Wird ihre GKV-Mitgliedschaft als versicherungsfremd eingestuft, muss infolgedessen auch die Differenz zwischen den für sie aus Steuermitteln gezahlten Beitragspauschalen und den GKV-

²⁷ Die auf Kinder entfallenden Anteile an den geschätzten, auf Familienangehörige insgesamt entfallenden Verwaltungskostenanteilen wurden gemäß dem zuvor beschriebenen Vorgehen (vgl. Fußnote 25) hälftig nach Personenzahlen (Kinder-Anteil 83,9 % an mitversicherten Familienangehörigen insgesamt) und hälftig nach altersabhängiger Morbiditäts- bzw. Leistungslast (Anteil der Leistungsausgaben ohne Krankengeld für Versicherte im Alter unter 25 Jahre: 11,7 %) bestimmt.

Ausgaben für diese Personengruppen (Unterdeckung) in Höhe von rd. 9,2 Mrd. Euro (2022) vollständig als versicherungsfremde Belastung gelten. Hier-von entfallen knapp 3,2 Mrd. Euro auf Familienangehörige (davon approximativ knapp 1,3 Mrd. Euro auf Kinder, jeweils exkl. Verwaltungskosten), die bereits in den genannten Beträgen der versicherungsfremden Belastungen infolge der Beitragsfreiheit im Rahmen der GKV-Familienversicherung enthalten sind. Für die Bürgergeldbezieher ohne Familienangehörige verbleibt damit eine Unterdeckung in Höhe von rund 5,8 Mrd. Euro. Die versicherungsfremde Belastung durch diese Personengruppe wäre nach diesem Ansatz rund 1,6 Mrd. Euro höher zu veranschlagen als nach dem obigen Ansatz, gemäß dem an vergleichbarem Erwerbseinkommen bemessene Beiträge zugrunde gelegt werden (Unterdeckung: 4,2 Mrd. Euro).

Die versicherungsfremde Belastung durch Bürgergeldbezieher anhand des Einnahmen-Ausgaben-Saldos höher zu veranschlagen, wird aufgrund folgender Überlegung als „teilweise begründbar“ eingestuft: Ein solcher Ansatz steht zunächst im Widerspruch zum sozialversicherungstypischen Äquivalenzprinzip. Dies ließe sich rechtfertigen, insoweit die GKV-Mitgliedschaft dieser Personengruppe als versicherungsfremd gewertet wird. Die vorigen Ausführungen haben jedoch gezeigt, dass sich erstens der Mitgliedschaftsbegriff in der GKV im Sinne eines erweiterten Erwerbsbezugs weiterentwickelt hat und sich zweitens die Gruppe der Bürgergeldbezieher heterogen zusammensetzt. Sie umfasst sowohl Personen, die vorangegangene längere GKV-Mitgliedschaftszeiten als Erwerbstätige oder ALG I-Bezieher aufweisen und als arbeitsmarktnah eingestuft werden können, als auch Personen, die keinerlei solcher Vorversicherungszeiten haben und für die eine Integration in den Arbeitsmarkt auch längerfristig unwahrscheinlich ist. Es erscheint somit zumindest diskussionswürdig, trotz dieser teilweise sehr unterschiedlichen Voraussetzungen eine GKV-Mitgliedschaft für alle Bürgergeldbezieher in gleicher Weise zu negieren.

Die von der GKV finanzierten *Schutzimpfungen* entfalten ihre krankheitsvermeidende Wirkung teilweise über die GKV-Versichertengemeinschaft hinaus, sie haben insofern Kollektivguteigenschaften. Eine zumindest anteilige Steuerfinanzierung der GKV-Ausgaben in Höhe von rd. 3,2 Mrd. Euro ist daher begründbar.

Tabelle 3: Versicherungsfremde Leistungen mit Einstufung „teilweise begründbar“

Leistung	finanzieller Umfang (Schätzung) in Mio. €
beitragsfreie Mitversicherung Kinder	23.599
beitragsfreie Mitversicherung Verwaltungskostenpauschale (Anteil, der auf mitversicherte Kinder entfällt)	1.526
nicht-kostendeckende Beiträge für Bürgergeldbezieher (ohne Familienangehörige) (insg. 5.807 Mio. €)*	1.607
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	5.243
Schutzimpfungen	3.224
Krankengeld bei Betreuung kranker Kinder	474
Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Eltern	31
Betriebs- und Haushaltshilfen	199
insgesamt	35.903

Quelle: IGES; Quellen für Schätzungen des finanziellen Umfangs s. Kapitel 3

Anmerkung: * Der aufgeführte finanzielle Umfang umfasst hier nur den Differenzbetrag, der sich zusätzlich zu dem als „begründbar“ eingestuften Ansatz ergäbe. Die Belastungen durch Familienangehörige sind den Positionen „beitragsfreie Mitversicherung“ zugeordnet.

4.3 Kaum als versicherungsfremd begründbare Leistungen

Zu den als potenziell versicherungsfremd diskutierten einkommensbezogenen Leistungen zählen die entgangenen Beitragseinnahmen infolge der Freibeträge auf Einkommen aus der betrieblichen Altersversorgung (rd. 1,2 Mrd. Euro) sowie zusätzliche GKV-Ausgaben infolge von Zuzahlungsbefreiungen bei Überschreiten der Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V (rd. 286 Mio. Euro) (Tabelle 4).

- ♦ Mit Blick auf die Freibeträge erscheint die Einstufung als versicherungsfremd insofern fragwürdig, als die Beitragspflicht auf die Versorgungsbezüge selbst stark umstritten ist (vgl. Kapitel 2.2.1). Aus Sicht der betroffenen GKV-Mitglieder entstehen der GKV aus der „Doppelverbeitragung“ ordnungspolitisch nicht zu rechtfertigende Zusatzeinnahmen, die hieraus resultierenden Beitragsbelastungen werden durch die Freibeträge lediglich abgemildert.
- ♦ Nicht-einkommensabhängige Zuzahlungen widersprechen dem GKV-typischen Solidarprinzip (vgl. Kapitel 2.1). Zuzahlungsbefreiungen lassen sich daher als systeminterne Maßnahme verstehen, dem zumindest bis zu einer gewissen Belastungsschwelle entgegenzuwirken. Mängel in der Ausgestaltung dieser Maßnahme sind unabhängig davon zu diskutieren (vgl. Kapitel 2.2.3).

Darüber hinaus wird eine Reihe von GKV-Leistungen als potenziell versicherungsfremd diskutiert, da sie nicht unmittelbar die Behandlung bzw. Heilung von Krankheiten zum Ziel haben. Hierzu zählen Leistungen der Primärprävention (Individualansatz), der Verhütung von Zahnerkrankungen, der Empfängnisverhütung sowie der Hospiz- und Palliativversorgung. Die GKV-Ausgaben für diese Leistungen belaufen sich in Summe auf knapp 2,9 Mrd. Euro. Die gesetzlich festgelegten Zwecke der GKV als Versicherungssystem haben einen umfassenden Gesundheitsbezug, der über die Krankenbehandlung hinausgeht. Die vorgenannten Leistungen lassen sich diesen Zwecken zuordnen, eine Einstufung als versicherungsfremd erscheint daher fragwürdig.

Anteile der GKV-Ausgaben beziehen sich nicht unmittelbar auf Versorgungsleistungen, sondern auf Verbesserungen der Strukturen und Prozesse, in denen diese Versorgungsleistungen erbracht werden. Hierzu zählen Ausgaben zur Förderung des Aufbaus und der Weiterentwicklung der Telematik- und Dateninfrastruktur, Ausgaben zur Finanzierung des Krankenhausstrukturfonds und zur Förderung ausgewählter Bereiche der Krankenhausversorgung (z. B. Geburtshilfe), zur Förderung der Aus- und Weiterbildung, zur Förderung von Innovationen in der Versorgung (Innovationsfonds) und zur Förderung des Verbraucher- und Patientenschutzes. Für diese Zwecke beliefen sich die GKV-Ausgaben zuletzt auf rd. 2,2 Mrd. Euro.

Tabelle 4: Versicherungsfremde Leistungen mit Einstufung „kaum begründbar“

Leistung	finanzieller Umfang (Schätzung) in Mio. €
Hospiz- und Palliativversorgung	1.603
Freibeträge bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung	1.200
Telematikinfrastruktur und Dateninfrastruktur	1.011
Verhütung von Zahnerkrankungen (Individual-/Gruppenprophylaxe)	681
Strukturfonds, Förderung Geburtshilfe und weitere	583
Leistungen zur Empfängnisverhütung	361
Zuzahlungsbefreiungen gem. Belastungsgrenze nach § 62 SGB V	286
Förderung von Aus- und Weiterbildung (Allgemeinmedizin, Pflege) (Anteil)	272
Primärprävention (Individualansatz)	218
Innovationsförderung im Gesundheitswesen (Innovationsfonds)	201
Verbraucher- und Patientenschutz	143
insgesamt	6.559

Quelle: IGES; Quellen für Schätzungen des finanziellen Umfangs s. Kapitel 3

Die aufgeführten finanziellen Leistungen dienen den übergeordneten Zwecken, die Effizienz von Versorgungsprozessen zu erhöhen sowie einen adäquaten Zugang zur Versorgung räumlich und zeitlich sicherzustellen. Sie sollen damit dazu beitragen, die Leistungsfähigkeit des GKV-Systems und gleichzeitig dessen finanzielle Nachhaltigkeit zu sichern. Ein versicherungsfremder Charakter erscheint nur sehr eingeschränkt begründbar, solange der GKV eine aktiv gestaltende Rolle bei der Umsetzung der Leistungsansprüche ihrer Versicherten im System der Gesundheitsversorgung zugerechnet wird. Diese gestaltende Rolle fordert die GKV auch ein, um einen möglichst effizienten Einsatz von Beitragsgeldern ihrer Mitglieder zu erreichen. Versicherungsfremde Anteile können hier allerdings enthalten sein, insoweit Struktur- und Prozessverbesserungen auch nicht in der GKV versicherten Personengruppen zugutekommen (Kollektivguteigenschaft) bzw. die GKV die Exklusivität dieser Verbesserungen nicht sichert (z. B. im Rahmen eigener Versorgungsverträge).²⁸

Mit einer gestaltenden Funktion nicht vereinbar ist eine mittelbare Beteiligung der GKV an der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen, denn für die Krankenhausfinanzierung ist eine „duale“ Aufteilung zwischen Krankenversicherung und Bundesländern derzeit gesetzlich vorgegeben. Eine versicherungsfremde Querfinanzierung von Krankenhausinvestitionen aus dem GKV-Beitragsaufkommen ist daher als versicherungsfremd einzustufen (vgl. Kapitel 4.1). Insoweit diese abgebaut würde, könnte u. U. auch der Finanzierungsumfang des Krankenhaus-Strukturfonds verringert werden.²⁹

4.4 Zusammenfassung

Als potenziell versicherungsfremd wird eine Vielzahl von Leistungen bzw. finanziell belastenden Tatbeständen in der GKV diskutiert, deren finanzielles Gesamtvolumen – auf Basis verfügbarer Daten und von Schätzungen – auf bis zu rund 64,2 Mrd. Euro veranschlagt werden kann. Einschränkend zu berücksichtigen ist hierbei, dass die verfügbaren Datenquellen und Schätzungen von unterschiedlicher Qualität sind und teilweise auch unterschiedliche Bezugsjahre haben.

Mit der vorliegenden Analyse wurde anhand von ordnungspolitischen Kriterien geprüft, inwieweit sich ein sozialversicherungsfremder Charakter des breiten Spektrums der diskutierten Leistungen bzw. Belastungen für die GKV begründen lässt.

²⁸ Insoweit diese Anteile quantifizierbar sind, käme anstatt einer Steuerfinanzierung auch die finanzielle Beteiligung der betreffenden Personengruppen bzw. ihrer Kostenträger in Frage, wie dies in einigen Fällen bereits geschieht.

²⁹ Die zusätzlich von der GKV zu finanzierenden Förderbedarfe zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung nach § 12 bzw. § 12a KHG können nicht nur mit einer – gemessen am Investitionsbedarf – unzureichenden Investitionsförderung durch die Bundesländer begründet werden. Diese Förderbedarfe werden auch aus Defiziten der Krankenhausplanungen der Bundesländer abgeleitet. Mit der jüngsten Krankenhausreform wurden grundlegende Änderungen der Krankenhausplanung beschlossen, die gemäß ihrer Zielsetzung den Bedarf an Förderung über den Strukturfonds mittel- bis langfristig senken sollen.

Hierfür existiert weder eine Legaldefinition versicherungsfremder Leistungen noch ein etabliertes wissenschaftliches Konzept. Für eine auch quantitativ eindeutige Abgrenzung versicherungsfremder Anteile von GKV-Leistungen fehlen in vielen Fällen die Voraussetzungen. Hinzu kommt ein über die Jahre gewachsenes gesetzliches Regelwerk für Mitgliedschaft, Leistungsansprüche und Beitragsbemessung in der GKV, dessen Inkonsistenzen vielfach im Widerspruch zu ordnungspolitischen Prinzipien stehen. Die Ergebnisse der Analyse ermöglichen dennoch eine weitergehende Differenzierung des breiten Spektrums diskutierter versicherungsfremder Leistungen. Zu diesem Zweck wurden sie drei Kategorien der Begründbarkeit zugeordnet.

Als versicherungsfremd begründbar wurden finanzielle Belastungen der GKV in einer Größenordnung von schätzungsweise ca. 21,7 Mrd. Euro eingestuft (Tabelle 5). Hiervon entfällt der größte Anteil auf die Beitragsbefreiung familienversicherter Ehepartner, deren geschätzter finanzieller Effekt sich schätzungsweise auf knapp 11,4 Mrd. Euro beläuft. Insoweit diese Begünstigung von Einverdiener-Ehepaaren als familienpolitisch begründete Leistung mit gesamtgesellschaftlichem Nutzen bewertet wird, wäre sie aus Steuermitteln zu finanzieren; alternativ käme als eine systemadäquate Lösung die Beitragserhebung nach einem Splitting-Ansatz in Frage.

Der Bereich teilweise als versicherungsfremd begründbarer Leistungen der GKV umfasst finanzielle Belastungen in Höhe von schätzungsweise rund 35,9 Mrd. Euro, wovon der Großteil auf familienpolitische Leistungen, insbesondere auf die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft entfällt. Hinzugerechnet werden außerdem die zusätzlichen Steuermittel, die sich ergeben, wenn der Ausgleich versicherungsfremder Belastungen der GKV durch erwerbsfähige Bürgergeldbezieher (ohne Familienangehörige) auf der Grundlage ausgabendeckender Beiträge kalkuliert wird (im Vergleich zu an vergleichbaren Erwerbseinkommen bemessener Beiträge wäre der vollständig kostendeckende Ausgleich um rund 1,6 Mrd. Euro höher). Die nicht-erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit Bürgergeld werden konzeptionell den Belastungen aus beitragsfreier Mitversicherung von Familienangehörigen zugeordnet.³⁰

³⁰ Im Rahmen der hier vorgenommenen Kategorisierung versicherungsfremder Leistungen verteilt sich der für das Jahr 2022 ermittelte Gesamtumfang der Unterdeckung durch Bürgergeldbezieher in Höhe von ca. 9,2 Mrd. Euro (vgl. Ochmann et al. 2024) folgendermaßen: ca. 4,2 Mrd. Euro für erwerbsfähige Bürgergeldbezieher (auf Basis an vergleichbaren Erwerbseinkommen bemessener Beiträge) + ca. 1,9 Mrd. Euro (erwachsene Familienangehörige von Bürgergeldbezieher*innen) + knapp 0,3 Mrd. Euro Verwaltungskosten für Familienangehörige von Bürgergeldbezieher*innen + ca. 1,6 Mrd. Euro zusätzlich für erwerbsfähige Bürgergeldbezieher (auf Basis kostendeckender Beiträge, inkl. Verwaltungskosten) + ca. 1,3 Mrd. Euro (Kinder von Bürgergeldbezieher*innen). Die beiden erstgenannten Positionen werden als begründbar, die beiden letztgenannten als teilweise begründbar versicherungsfremd eingestuft.

Tabelle 5: Schätzung der finanziellen Größenordnung als potenziell versicherungsfremd diskutierter Leistungen (in Mio. Euro) nach Einstufung der Begründbarkeit

Leistungsbereich	als versicherungsfremd...			insgesamt
	...begründbar	...teilweise begründbar	...kaum begründbar	
Beitragsbefreiung	12.353	25.125		37.478
Unterstützung einkommensschwacher Gruppen	5.340	1.607	1.486	8.433
familienbezogene (Sach-)Leistungen		5.947	361	6.308
Strukturförderung im Gesundheitswesen	3.430		1.594	5.024
Präventionsleistungen	467	3.224	899	4.590
weitere Leistungsbereiche (u.a. Hospiz-/Palliativversorgung)	155		2.219	2.374
insgesamt	21.745	35.903	6.559	64.207

Quelle: IGES auf Basis der in Kapitel 3 verwendeten Quellen.

Weitere Positionen in einem Umfang von geschätzt knapp 6,6 Mrd. Euro lassen sich hingegen nach den hier zugrunde gelegten Kriterien kaum bzw. nur sehr eingeschränkt als versicherungsfremd begründen. Hierzu zählen u. a. die Hospiz- und Palliativversorgung sowie Ausgaben für Telematik- und Dateninfrastruktur.

Um die versicherungsfremden Anteile der nur teilweise als begründbar versicherungsfremd eingestuften finanziellen Belastungen konkret zu bestimmen und damit eine Aufteilung zwischen GKV-interner Beitragsfinanzierung und allgemeiner Steuerfinanzierung zu begründen, wären in einigen Fällen weitergehende (empirische) Untersuchungen vorstellbar, in anderen Fällen fehlt es hierfür an geeigneten konzeptionell-methodischen Grundlagen. Als Alternative bleibt, primär politisch über eine Aufteilung nach anderweitigen Kriterien zu entscheiden.

Auch eine pauschale Bemessung des Steuerzuschusses an die GKV zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen (wie nach § 221 SGB V) erscheint vor diesem Hintergrund nachvollziehbar. Nicht begründbar ist allerdings, dass für die (absolute) Höhe des Zuschusses keine systematische Dynamisierung vorgesehen ist.

Literaturverzeichnis

- Albrecht M, Dietzel J, Ochmann R und G Schiffhorst (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.
- Berndt B, Urukova I, Böttcher R, Wedekind L und T Höpfner (2024): Identifikation versicherungsfremder Leistungen und Quantifizierung der damit verbundenen Ausgabenanteile am GKV-Beitragssatz, Expertise der WIG2 GmbH im Auftrag der IKK gesund plus, Leipzig.
- Bundesagentur für Arbeit [BA] (Hrsg.) (2025): Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Tabellen, Zahlungsansprüche von Bedarfsgemeinschaften (Monatszahlen) -- Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise. Daten nach einer Wartezeit von 3 Monaten. Berichtsmonat: März 2025. Nürnberg, Juli 2025.
- Bundesagentur für Arbeit [BA] (Hrsg.) (2025a): Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Tabellen, Bedarfsgemeinschaften und deren Mitglieder (Monatszahlen). Berichtsmonat: März 2025. Nürnberg, Juli 2025.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Bonn.
- Bundesrechnungshof [BRH] (2021): Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Absatz 2 BHO über die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung, Teil 2: Gegenstand und Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung, Potsdam.
- Deutsche Rentenversicherung [DRV] (2024): Nicht beitragsgedeckte Leistungen und Bundeszuschüsse 2023, Berlin.
- Nahles, Andrea (2025): „Wir können den Sozialstaat binnen eines Jahres vereinfachen“, Interview, Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 26.09.2025 (<https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/andrea-nahles-wir-koennen-den-sozialstaat-binnen-eines-jahres-vereinfachen-110705617.html>, Abruf: 07.10.2025).
- Ochmann R, Albrecht M und G Schiffhorst (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.
- Paquet R und T van Stiphout (2006): Hartz IV und die Auswirkungen auf die Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 8/2006, S. 192-195.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung [KH-Regierungskommission] (2025): Dreizehnte Stellungnahme und Empfehlung: Reform der Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser

in Deutschland Bestandsinvestitionen und Strukturinvestitionen. Bundesministerium für Gesundheit. 7. März 2025.

Rürup B (2005): Das Verhältnis von Beitragsfinanzierung und Steuerfinanzierung in der sozialen Sicherung, Untersuchung gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Darmstadt.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Wiesbaden. ([Jahresgutachten 2004 2005.book](#))

Impressum

Herausgeber

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) der Hans-Böckler-Stiftung, Georg-Glock-Str. 18,
40474 Düsseldorf, Telefon +49 211 7778-312, Mail imk-publikationen@boeckler.de

Die Reihe „IMK Studies“ ist als unregelmäßig erscheinende Online-Publikation erhältlich über:
https://www.boeckler.de/imk_5023.htm

Die in diesem Papier geäußerten Standpunkte stimmen nicht unbedingt mit denen des IMK oder der
Hans-Böckler-Stiftung überein.

ISSN 1861-2180



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Lizenz:
Namensnennung 4.0 International (CC BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung
des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

Den vollständigen Lizenztext finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>

Die Bedingungen der Creative Commons Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen
Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Abbildungen, Tabellen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere
Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.
