

PROF. ALBRECHT GOESCHEL
STAATLICHE UNIVERSITÄT ROSTOV
DIREKTOR
DER
ACCADEMIA ED ISTITUTO
PER LA
RICERCA SOCIALE
TENNO A. GARDASEE

ANSCHRIFT IN DEUTSCHLAND:
83250 MARQUARTSTEIN A. CHIEMSEE
STAUDACHER STRASSE 14
TELEFON
08641 - 71 30
TELEFAX
08641 - 63242
INTERNET
www.prof-goeschel.com/mail@prof-goeschel.com

STAATSFINANZIERUNG AUS DER GESUNDHEITSVERSORGUNG ?

Untersuchung
für den
Bund der Steuerzahler in Bayern e.V.
Januar 2007

Inhalt	Seite
1. Gesundheitswesen: Vom „Kostenfaktor“ zur Steuerquelle	1
2. Besteuerungspolitik: Durch Sozialkürzungen flankiert	2
3. Sozialeinkommen: Wegen Volumen und Inlandsverausgabung als Steuerquelle unverzichtbar	4
4. Gesundheitswirtschaft: Mehrwertsteuererhöhung übersteigt Steuermittelzuweisung an die Gesetzliche Krankenversicherung	7
5. Gesundheitspolitik: Vom Rückzug aus der Gesundheitsfinanzierung zur Besteuerung der Gesundheitsversorgung	10
6. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Gesundheitswirtschaft als Besteuerungsobjekt	12
7. Gesundheitsfonds: Absage an die Föderalordnung und Wettlauf in die Europafalle	13

1. Gesundheitswesen: Vom „Kostenfaktor“ zur Steuerquelle

Zwar behauptet die Große Koalition hartnäckig, mit der Gesundheitsreform werde die Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems „ausgebaut“ und „nachhaltiger“. Alle Anzeichen deuten aber darauf hin, dass ein ganz anderer Wandel vollzogen wird: Hat die Politik in früheren Jahren das Gesundheitswesen als „Kostenfaktor“ verdächtigt, so haben die Politiker von heute die Gesundheitswirtschaft mit ihren 234 Milliarden Umsatz als schier unerschöpfliche Steuerquelle entdeckt.

Die bisherige Kritik an der Gesundheitsreform greift zu kurz, wenn sie sich nur mit der sozialen Schieflage, den Beitragssteigerungen und den Zentralisierungstendenzen beschäftigt. Eine angemessene Analyse der Gesundheitsreform sollte nachzeichnen, wie mit dem „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ der Großen Koalition die Umwandlung des korporatistischen Gesundheitswesens in eine kommerzielle Gesundheitsbranche und gleichzeitig in ein monumentales Besteuerungsobjekt forciert wird.

Vielleicht ist das auch der eigentliche Grund, weshalb die Große Koalition jenseits aller Querelen und jenseits puren Machterhalts das „Projekt Gesundheitsreform“ unbeeindruckt von aller Kritik durchzieht: Es rechnet sich für die Politik.

2. Besteuerungspolitik: Durch Sozialkürzungen flankiert

Die jahrzehntealte Grundtendenz, den Gesundheits- und Sozialbereich in immer umfassenderer Weise zur Alimentierung der Politik der Bundesregierungen heranzuziehen zeigt sich beispielhaft an den jüngsten Gesetzen zur Erhöhung der Mehrwertsteuer und zur Senkung des Arbeitslosenbeitrags. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) rechnet dies in einer Stellungnahme vor¹. Die von der Koalition angekündigte Verwendung von ca. 21,8 Milliarden EUR aus den Mehrwertsteuereinnahmen bis zum Jahre 2009 für die Senkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung wird in Wahrheit durch Kürzungen bei der Renten- und Krankenversicherung finanziert. Die Mehreinnahmen aus der Mehrwertsteuererhöhung in Höhe von reichlich 70 Milliarden EUR bis zum Jahre 2009 verbleiben in vollem Umfang zur Verfügung der Politik – verhüllt mit dichtem „Sozialnebel“

Übersicht 1: Sozialbeitragsentlastung und Mehrwertsteuerbelastung 2007 – 2009

Kaum anders verhält es sich mit den Steuerentlastungen durch die 2005 in Kraft getretene 2. Stufe der Steuerreform. Diese bringt nach Angaben des Bundesministeriums der Finanzen eine Steuerentlastung für Unternehmen und Bürger in Höhe von etwa 60 Milliarden EUR jährlich.² Allerdings wird dieser Steuerverzicht des Staates mit einem Mittelentzug aus den Sozialversicherungssystemen in Höhe von 65-70 Milliarden EUR „gegenfinanziert“. In diesem Umfang werden Leistungen, die ihrem Charakter nach aus Steuermitteln finanziert werden müssten, aus Beitragsaufkommen abgezweigt. Der Sachverständigenrat hat diese Zahlen in seinem Gutachten für 2005/6 genannt (vgl. Übersicht 2 des vorliegenden Textes).

¹ Vgl. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB): IAB-Kurzbericht, Nürnberg, 28.12.2006.

² Vgl. Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.): Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, Berlin 2005, S. 39.

Übersicht 1:

**Sozialbeitragsentlastung
und
Mehrwertsteuerbelastung
2007 – 2009**

Sozialbeitragssenkung	Mehrwertsteueranhebung*
Mrd. EUR	
Arbeitslosen- versicherung - 21,8 ¹⁾	
Krankenversicherung und Rentenversicherung + 21,06 ²⁾ - 0,74	+ 70,50 ³⁾

*) Incl. Anhebung der Versicherungssteuer

1) Entlastung ALV durch Zuweisungen aus Mehrwertsteuermitteln

2) Belastung GKV und RV durch Mindereinnahmen und Mehrausgaben

3) Mehreinnahmen

Quelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), und Haushaltsbegleitgesetz
2006

Übersicht 2: Finanzierung von Staatsaufgaben auf Kosten der Sozialversicherung 2005

3. Sozialeinkommen: Wegen Volumen und Inlandsverausgabung als Steuerquelle unverzichtbar

Insgesamt gesehen stellen die Sozialeinkommen, d.h. die Einkommens- und Sachleistungen des Sozialbudgets wegen dessen enormen Volumens und wegen der vorrangigen Verausgabung dieser Mittel für den privaten Verbrauch im Inland eine der wichtigsten Steuereinnahmequellen des Staates dar.³ Durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer wird der Staat aus den Sozialeinkommen, d.h. aus den Sach- und Geldleistungen der Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Arbeitslosenversicherung, Rentenversicherung etc. allein schon im Jahre 2007 mindestens 20 Mrd. EUR zusätzlich abschöpfen.

Übersicht 3: Mehr-Abschöpfung der Sozialeinkommen durch die Mehrwertsteuer-Erhöhung 2007

Bezüglich der fortschreitenden Erschließung des Sozial- und Gesundheitsbereichs als Steuerquelle fällt insbesondere die Besteuerung der Renten ins Auge. Angesichts eines durch Bundeszuschüsse an die Rentenversicherung bei weitem nicht gedeckten Mittelentzuges aus der Rentenversicherung durch den Staat kann man die nachgelagerte Rentenbesteuerung mit Fug und Recht als Doppelbesteuerung der Rentner betrachten.

³ Nach Ländern unterschiedlich machen die von den Sozialversicherungen getragenen Sozialeinkommen zwischen 45 und 55 Prozent der gesamten Erwerbseinkommen aus. Die Zugriffsneigung der Steuerpolitik gegenüber den Sozialeinkommen nimmt aber nicht nur wegen deren Volumen zu. Sie ist auch ein Reflex des im Falle Deutschlands besonders hohen Abflusses von Wertschöpfung ins Ausland. Der exzessive Außenhandelsüberschuss Deutschlands entzieht ja nicht nur die exportierte Wertschöpfung dem Inlandsverbrauch, sondern auch der Verbrauchsbesteuerung. Vgl.: Goeschel, Albrecht: Wachstum und Beschäftigung durch Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung, Vortrag für den Sozialverband VdK NRW, Düsseldorf, 24. November 2006 und OECD – Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.): OECD – Wirtschaftsbericht 2006- Deutschland, Internet-Version, S. 19 ff.

Übersicht 2:

**Finanzierung von Staatsaufgaben
auf Kosten der
Sozialversicherung
2005**

Sozialversicherungen	Staatsaufgaben Mrd. EUR
Gesetzliche Krankenversicherung ¹⁾	45
Soziale Pflegeversicherung ²⁾	5
Arbeitslosen- versicherung ³⁾	19
Gesetzliche Rentenversicherung ⁴⁾	60 -70
Aufwendungen zugunsten des Bundes	+ ca. 130
Erstattungen seitens des Bundes	- 60,4 bis 62,1
Finanzierung von Staatsaufgaben durch die Sozialversicherungen	65 bis 70

- 1) U.a. Leistungen für mitversicherte Familienangehörige
- 2) U.a. Leistungen für mitversicherte Familienangehörige
- 3) U.a. aktive Arbeitsmarktförderung
- 4) U.a. West-Ost-Transfer

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Jahresgutachten 2005/2006, Wiesbaden 2005, S. 377.

Übersicht 3:

**Mehr-Abschöpfung der Sozialeinkommen
durch die
Mehrwertsteuer-Erhöhung
2007**

Mehrwertsteuer		
Sozialeinkommen	Einkommen Mrd. EUR*	Mehr-Besteuerung Mrd. EUR ²⁾
Einkommens- leistungen	472,6	14,2
Sachleistungen ¹⁾	198,3	5,9
Zusammen	670,9	20,1

*) Beträge für das Jahr 2003

1) Ersparte Verausgabungen vor allem für Gesundheitsdienste und -güter

2) Bei Verwendung der Sozialeinkommen für Konsumausgaben

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches
Taschenbuch 2006, Bonn Juni 2006.

4. Gesundheitswirtschaft: Mehrwertsteuererhöhung übersteigt Steuermittelzuweisung an die Gesetzliche Krankenversicherung

Soweit es nun die Gesundheitswirtschaft betrifft, die von der Politik immer deutlicher als Steuerquelle erkannt und erschlossen wird, wird auch hier schon in diesem Jahr, hinter der Nebelwand der Gesundheitsreformdiskussion und allein durch die Mehrwertsteuererhöhung ein Mehraufkommen an Steuern in Höhe von etwa 1,87 Milliarden EUR erzielt. Der größte Posten entfällt dabei mit rund 1,1 Milliarden EUR auf die erhöhte Besteuerung der Arzneimittel.

Übersicht 4: Mehr-Abschöpfung der Gesundheitsausgaben durch die Mehrwertsteuer-Erhöhung 2007

Bedenkt man, dass die Große Koalition mit dem Haushaltsbegleitgesetz den pauschalen Bundeszuschuss an die Gesetzliche Krankenversicherung von 4,2 Milliarden EUR im Jahre 2006 auf nur noch 1,5 Milliarden EUR im Jahre 2007 abgesenkt hat, dann hat der Staat im Jahre 2007 nicht nur seinen Zuschuss an die Gesetzliche Krankenversicherung dramatisch gesenkt und durch die Mehrwertsteuererhöhung aus der Krankenversicherung auch noch „gegenfinanziert“, sondern hierbei zusätzlich auch noch ein „Plus“ von ca. 0,36 Milliarden EUR eingestrichen.

Übersicht 5: Bilanz der „Steuerfinanzierung“ der Krankenversicherung 2007

Übersicht 4:

**Mehr-Abschöpfung der Gesundheitsausgaben
durch die
Mehrwertsteuer-Erhöhung
2007**

Mehrwertsteuer		
Gesundheits- ausgaben	Ausgaben Mrd. EUR*	Mehr-Besteuerung Mrd. EUR
Investitionen	9,04	0,27
Unterkunft/ Verpflegung	17,44	0,52
Arzneimittel	36,12	1,08
Zusammen	62,2	1,87

*) Beträge für das Jahr 2003

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit: Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004, Wiesbaden 2006.

Übersicht 5:**Bilanz der „Steuerfinanzierung“
der
Krankenversicherung
2007**

Pauschaler Bundeszuschuss	+ 1,5 Mrd. EUR
Erhöhte Mehrwertsteuerabschöpfung	<u>- 1,86 Mrd. EUR</u>
Steuerfinanzierungsdefizit	- 0,36 Mrd. EUR

Quelle: Eigene Berechnungen.

5. Gesundheitspolitik: Vom Rückzug aus der Gesundheitsfinanzierung zur Besteuerung der Gesundheitsversorgung

Insgesamt, so stellt der Bericht des Robert-Koch-Institutes „Gesundheit in Deutschland“⁴ aus dem Jahre 2006 fest, haben sich die öffentlichen Haushalte schon in den 1990er Jahren aus der Finanzierung des Gesundheitswesens zurückgezogen. Betrug ihr Finanzierungsaufkommen 1993 mit 43,8 Milliarden EUR noch über 19 Prozent, lag es 2003 mit 41,8 Mrd. EUR nurmehr bei 14 Prozent. Eine Hauptursache hierfür war die Verlagerung der Pflegeversorgung aus der Sozialhilfe in die Pflegeversicherung. Eine andere wichtige Komponente war die stetige Ausweitung der Zuzahlungen und Selbstzahlungen der Versicherten.

Betrachtet man das Gesundheitswesen unter diesem Blickwinkel und aus angemessener Entfernung, so wird erkennbar dass jeder Schritt in Richtung einer stärker privatwirtschaftlichen Verfassung des Gesundheitswesens die Möglichkeiten des Staates erhöht, aus der Gesundheitswirtschaft nicht nur auf dem indirekten Weg der Verschiebepbahnhöfe zwischen den Sozialversicherungsträgern oder durch die Aufbüdung Versicherungsfremder Leistungen, sondern zunehmend auch noch auf dem Wege direkter Besteuerung zusätzliche Einnahmen zu erzielen. So bedeutet die weitgehende Beibehaltung der dualen Struktur von Gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenversicherung auch die weitere Vereinnahmung von jährlich 300 bis 400 Millionen EUR Steuereinnahmen von den Privaten Versicherungsunternehmen. Hierauf weist das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung in seiner Untersuchung zum Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten zum Gesundheitswesen ausdrücklich hin.⁵

⁴ Vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 193

⁵ Vgl. Wissenschaftliches Institut der PKV (Hrsg.): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesens, Köln 2005, S. 4.

Aus dieser Untersuchung geht auch hervor, dass die von den Privatversicherten im Vergleich zu den Gesetzlichversicherten bezahlten „Mehrumsätze“ der Gesundheitswirtschaft die „Kostendämpfungspolitik“ im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung erleichtert haben. Durch sie konnte zumindest ein privilegierter Teil der Leistungsanbieter Umsatzstillstände bzw. Umsatzabflachungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung kompensieren. Wie aber alle Fachleute wissen, war und ist die Politik der „Kostendämpfung“ bzw. „Beitragssatzstabilität“ nur ein anderes Wort für die Aufnötigung unbezahlter Versicherungsfremder Leistungen und für die Durchführung von Verschiebepolitik im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Neben solchen strukturpolitischen Strategien zur Erhaltung und vor allem zur weiteren Erschließung der Gesundheitswirtschaft als Steuerquelle des Staates durch die Aufrechterhaltung bzw. Ausweitung des Privatversicherungssektors im Gesundheitswesens, etwa durch Einführung der Umlagefinanzierung in der Pflegeversicherung, liegt hier auch eine wesentliche Funktion des „Wettbewerbs“-Prinzips im Gesundheitswesen.

Die entscheidende Funktion des Wettbewerbs im Gesundheitswesen ist weniger das tatsächliche Erreichen einer wirksameren und wirtschaftlicheren Gesundheitsversorgung als vielmehr die beschleunigte Transformation der bedarfswirtschaftlichen in erwerbswirtschaftliche Wertschöpfungsprozesse, die dann der Besteuerung unterzogen werden können. So stellte die Finanzverwaltung vor nicht allzu langer Zeit mehrfach klar, dass Krankenhausunternehmen bzw. die Krankenhauswirtschaft, wenn sie ihr Leistungsspektrum ausweiten und damit in Wettbewerb zu steuerlich nicht privilegierten Einrichtungen, Unternehmen und Tätigkeiten treten, der Besteuerung unterzogen werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. verweist darauf, dass der Gesetzgeber den Krankenhausbereich erst in den Wettbewerb und zu immer mehr Selbstverantwortung drängt und dann die dafür nötigen Leistungen und Einrichtungen besteuert.⁶

6. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Gesundheitswirtschaft als Besteuerungsobjekt

Das von der Großen Koalition auf den Weg gebrachte „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)“, d.h. die „Gesundheitsreform“ bedarf einer gründlichen Analyse vor allem unter dem Gesichtspunkt, auf welche Weise und in welchem Ausmaß und Umfang seine Regelungen die Gesundheitswirtschaft einschließlich der Krankenversicherung in erster Linie zu einem Objekt umfassender Besteuerung machen.

Schon bei einem flüchtigen Blick auf die „Gesundheitsreform“ wird deutlich, dass sich der beschlossene einheitliche Beitragssatz einer Gesundheitssteuer annähert, dass die mit dem Zentralen Gesundheitsfonds anfallenden hohen Zinserträge ein probates Mittel zur Ersparnis von Steuerzuschüssen sind, dass mit einem weiteren Anwachsen des Geschäftsumfanges der Privaten Krankenversicherung auch mit einem entsprechenden Steuermehraufkommen zu rechnen ist und dass vor allem die vorgesehene Vielzahl dienstleistender Einrichtungen für die verschiedenen Leistungsanbieter und Kostenträger eine breite Angriffsfläche für den steuerlichen Zugriff bieten. Schon jetzt ist eine immer deutlichere Tendenz bei den Finanzverwaltungen auszumachen, im

⁶ Vgl. Wagner, Andreas: Staat nutzt Krankenhäuser als Steuerquelle. In: Sozialverband VdK-Bayern (Hrsg.): Soziale Verunsicherung ohne Ende? Das politische System setzt die Bürger auch weiter unter Druck. München 2006.

Gesundheits- und Sozialbereich die Anerkennung umsatzsteuerbefreiter Leistungen einzuschränken.

Übersicht 6: Erschließung der Gesundheitswirtschaft als Besteuerungsobjekt durch das GKV - Wettbewerbsstärkungsgesetz

7. Gesundheitsfonds: Absage an die Föderalordnung und Wettlauf in die Europafalle

Die Auseinandersetzung zwischen einigen Ländern und der Bundesregierung um den Gesundheitsfonds, insbesondere um die „Auswirkungen“ dieses zentralen Fonds auf die einzelnen Länder zeigt, welche staats- und verfassungspolitische „Gesteinsverschiebung“ mit dem Koalitions-Gesetz verbunden ist. Es eröffnet nicht nur eine neue Dimension der Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung. Es macht auch wegen seiner Steuerung von 234 Milliarden EUR Umsatz und 4,2 Millionen Beschäftigten über einen zentralen Fonds die Länder nicht mehr zu gleichberechtigten Partnern der Föderalordnung, sondern zu „Betroffenen“.

Nicht nur die Föderalordnung wird durch die „Gesundheitsreform“ wegen der nunmehr zentral bewegten Volumina von Umsätzen und Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen beschädigt. Auch die Funktion der EU als nationalparlamentarisch kaum oder nicht mehr zu kontrollierende Machtebene wird durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz weiter gestärkt: Die Krankenkassen werden durch die Konstruktion des Gesundheitsfonds in einen dramatischen Wettbewerb um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen getrieben.

Übersicht 6:

**Erschließung der Gesundheitswirtschaft
als
Besteuerungsobjekt
durch das
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz**

- **Einheitsbeitragssatz als Gesundheitssteuer**
- **Zinserträge des Sondervermögens „Gesundheitsfonds“ als Ersparnis von Steuerzuschüssen**
- **Aufteilung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in soziale Grundleistungen und private Zusatzleistungen der Privatassekuranz**
- **Anordnung oder Eingliederung dienstleistender Einrichtungen für alle Leistungsanbieter und Kostenträger (Telematik, Qualitätskontrolle, Regionalindikatoren, Service) mit Mehrwertsteuerpflicht**
- **Differenzierte umsatzsteuerliche Bewertung bisher umsatzsteuerbefreiter Leistungen**
- **Etc.**

Diese Zusatzbeiträge sind zwar einerseits für die gesamte Gesundheitswirtschaft und deren Kassenfinanzierung eher marginal, da die Hauptbeitragssätze und die Hauptleistungen zentral festgelegt werden. Diese Zusatzbeiträge sind aber im Mitgliederwettbewerb wirksam und für die einzelnen Kassen damit existenzentscheidend.

Je mehr wettbewerblich-erwerbswirtschaftliche Verhaltens- und Gestaltungselemente die Einzelkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung aus Gründen dieses spezifischen Wettbewerbs in sich aufnehmen, umso größer wird das Risiko, dass sie von der EU-Verwaltung und von der EU-Rechtssprechung nicht mehr als wettbewerbsrechtlich und steuerrechtlich privilegierten, weil sozialausgleichend-bedarfsorientiert ausgerichtete Körperschaften anerkannt werden.⁷ Damit unterliegen sie dann über kurz oder lang den Regeln des Kartellrechts und vor allem des „normalen“ Steuerrechts.

⁷ Vgl. Gerlinger Thomas: Krankenkassen durch Wettbewerb in der Europafalle: Vortrag für den Sozialverband VdK-NRW, Düsseldorf, 24. November 2006.