

IW-Trends

Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Jochen Pimpertz

IW-Trends 4/2023

Vierteljahresschrift zur
empirischen Wirtschaftsforschung
Jahrgang 50



Herausgeber

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V.

Postfach 10 19 42
50459 Köln
www.iwkoeln.de

Das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) ist ein privates Wirtschaftsforschungsinstitut, das sich für eine freiheitliche Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung einsetzt. Unsere Aufgabe ist es, das Verständnis wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Zusammenhänge zu verbessern.

Das IW in den sozialen Medien

Twitter
[@iw_koeln](https://twitter.com/iw_koeln)

LinkedIn
[@Institut der deutschen Wirtschaft](https://www.linkedin.com/company/institut-der-deutschen-wirtschaft)

Facebook
[@IWKoeln](https://www.facebook.com/IWKoeln)

Instagram
[@IW_Koeln](https://www.instagram.com/IW_Koeln)

Verantwortliche Redakteure

Prof. Dr. Michael Grömling

Senior Economist
groemling@iwkoeln.de
0221 4981-776

Holger Schäfer

Senior Economist
schaefer.holger@iwkoeln.de
030 27877-124

**Alle Studien finden Sie unter
www.iwkoeln.de**

Rechte für den Nachdruck oder die elektronische Verwertung erhalten Sie über lizenzen@iwkoeln.de.

In dieser Publikation wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit regelmäßig das grammatische Geschlecht (Genus) verwendet. Damit sind hier ausdrücklich alle Geschlechteridentitäten gemeint.

ISSN 1864-810X (Onlineversion)

© 2023
Institut der deutschen Wirtschaft Köln Medien GmbH
Postfach 10 18 63, 50458 Köln
Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln
Telefon: 0221 4981-450
iwmedien@iwkoeln.de
iwmedien.de

Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Bewertungskonzepte und empirische Befunde

Jochen Pimpertz, November 2023

Zusammenfassung

Beinahe jährlich wiederkehrende Defizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung haben zu einem stetig steigenden Beitragssatz geführt. Während in der politischen Debatte vor allem Reformansätze diskutiert werden, die zusätzliche Einnahmen generieren sollen, legt die empirische Diagnose eine ausgabenorientierte Reformstrategie nahe. Denn ob im Aggregat, je Versicherten oder je Mitglied gerechnet, die Ausgaben sind seit zwei Dekaden jahresdurchschnittlich um mehr als 1 Prozentpunkt stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einkommen. Der Vergleich mit der Entwicklung des Volkseinkommens je Einwohner bestätigt das Bild eines überproportional starken Ausgabenwachstums. Dagegen sind die beitragspflichtigen Einkommen in der Vergangenheit nicht erodiert. Je Mitglied gerechnet haben sie sich mit nahezu gleicher Dynamik entwickelt wie die durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte. Deshalb ließe sich bei einer aufkommensneutralen Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage der Beitragssatz zwar einmalig reduzieren. Die empirischen Indizien sprechen aber dagegen, dass daraus ein dauerhafter Beitrag zur Finanzierung überproportional stark steigender Ausgaben entsteht. Notwendig sind vielmehr Therapien, die die Dynamik der Ausgabenentwicklung bremsen. Dazu bedarf es knappheitsgerechter Preissignale und Wettbewerb, um Versicherte, Krankenkassen und Versorgungsanbieter gleichermaßen zu effizienterem Verhalten zu motivieren.

Stichwörter: Gesetzliche Krankenversicherung, Gesundheitspolitik

JEL-Klassifikation: H51, I18

DOI: 10.2373/1864-810X.23-04-04

Reformdisput in der GKV

Stetig steigt der Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), weil immer wieder neue Finanzierungsdefizite drohen. Bei kurzfristig fixierten Bruttoentgelten führt das nicht nur zu einem Anstieg der Arbeitskosten für die Unternehmen, sondern es mindert auch die Nettolöhne. Bei unverändert hohen Nettolohnerwartungen der Beschäftigten sind deshalb mit steigenden Beitragssätzen höhere Lohnforderungen der Arbeitnehmer zu erwarten, die wiederum Tarifverhandlungen belasten. Um negative Auswirkungen auf die Beschäftigungs- und Einkommensperspektiven der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zu vermeiden, stehen deshalb Maßnahmen zur Stabilisierung des Beitragssatzes auf der politischen Agenda.

In der GKV lassen sich Defizite zumindest theoretisch sowohl über ausgabenbegrenzende Instrumente als auch über eine Stärkung der Einnahmenseite vermeiden. Ob mit einer höheren Beitragsbemessungsgrenze, einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkommensquellen, steigenden Steuerzuschüssen oder einer Erweiterung der Pflichtversicherung auf die gesamte Bevölkerung (Bürgerversicherung), die meisten der politisch verhandelten Reformvorschläge zielen darauf ab, bei steigenden Finanzierungserfordernissen kurzfristig zusätzliche Einnahmen für die GKV zu generieren. Die Befürworter argumentieren weniger mit dem Einnahmeziel als vielmehr mit einer Stärkung des Solidaritätsprinzips oder der Beseitigung von vermeintlichen Gerechtigkeitsdefiziten. Ginge es allein darum, ließen sich die Ziele aber auch aufkommensneutral anstreben, zum Beispiel indem bei einer verbreiterten Beitragsbemessungsgrundlage das gleiche Einnahmenvolumen mit einem niedrigeren Beitragssatz erzielt wird (Beznoska et al., 2021). Tatsächlich werden die Argumente zum einen immer dann prominent vorgetragen, wenn Finanzierungsdefizite in der GKV drohen (Pimpertz/Stockhausen, 2023). Zum anderen vermeiden die Befürworter von verteilungsmotivierten Einnahmesteigerungen, operationalisierbare Kriterien zu benennen, anhand derer sich die behaupteten Verteilungswirkungen überprüfen lassen (eine empirisch messbare Definition des Solidaritätsprinzips diskutieren z. B. Beznoska et al., 2023).

Mit Blick auf die Ausgabenseite erklären die gängigen politischen Narrative dagegen das Leistungsversprechen der GKV meist für nicht verhandelbar. Einschnitte werden

selbst dann kategorisch abgelehnt, wenn aktuelle Defizite auf Leistungsausweitungen der Vorgängerregierung zurückgeführt werden können. Und gegen die Forderung nach marktwirtschaftlichen Anreizen im Gesundheitssystem wird regelmäßig mit dem Solidaritätsprinzip argumentiert, allerdings ohne Rechenschaft darüber abzulegen, ob eine solidarische Krankenversicherung eine marktferne Steuerung des Leistungsgeschehens zwingend voraussetzt (Pimpertz, 2023). Angesichts der einseitig einnahmeorientierten Reformdebatte könnte deshalb in der Öffentlichkeit der Eindruck entstehen, die GKV leide vorrangig an einem finanzierungsseitigen Problem. Allein die Feststellung eines Defizits reicht jedoch nicht aus, um aus ökonomischer Sicht Maßnahmen zu empfehlen, mit denen weitere Markteinkommen zugunsten der GKV umverteilt werden. Notwendig ist vielmehr, im Rahmen einer empirisch fundierten Diagnose abzuklären, ob die GKV vorrangig an einer Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage leidet, an der Dynamik der Ausgabenentwicklung oder an beidem. Dazu werden im Folgenden auf der Grundlage der Finanzstatistiken zur GKV sowie ausgewählter Kennziffern der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) unterschiedliche Indikatoren und deren Entwicklung über die vergangenen zwei Dekaden diskutiert, um eine theoretisch wie empirisch fundierte Orientierung für ursachengerechte Therapien zu gewinnen.

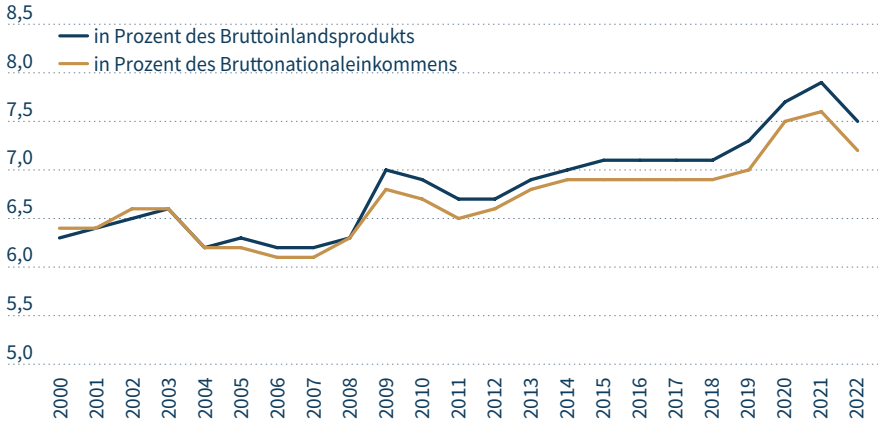
Ausgaben und beitragspflichtige Einkommen – aggregierte Betrachtung

Um die Ausgabenentwicklung einzuordnen, werden die GKV-Ausgaben oftmals in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) gestellt – jeweils in nominalen Größen. Mit der GKV-Ausgabenquote soll ausgedrückt werden, welcher Anteil der jährlichen Wirtschaftsleistung für die medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten aufgewendet wird. Diese Quote verläuft seit dem Jahr 2000 eher in Treppenstufen als in einer kontinuierlich ansteigenden Figur (Abbildung 1). Die Aussagekraft ist jedoch beschränkt, weil Veränderungen sowohl auf eine schwankende Inanspruchnahme des Gesundheitssystems als auch auf eine schwankende Wirtschaftsleistung zurückgeführt werden können. So kletterte die Quote nach 2019 auch aufgrund des pandemiebedingten Einbruchs der Wirtschaftsleistung bis auf 7,9 Prozent im Jahr 2021, um danach mit der einsetzenden wirtschaftlichen Erholung wieder auf 7,5 Prozent zu sinken (BMG, 2022; 2023; Statistisches Bundesamt, 2023a). Ähnliches war im Jahr 2009 aufgrund der globalen Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise zu beobachten.

Entwicklung der GKV-Ausgabenquote in Deutschland

Abbildung 1

Ausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts und des Bruttonationaleinkommens



GKV-Ausgaben einschließlich Verwaltungskosten.

Quellen: BMG, 2022; 2023; Statistisches Bundesamt, 2023a; Institut der deutschen Wirtschaft

Abbildung 1: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/R6EJodc4jBntp53>

Weitere Einwände beziehen sich auf die Verwendung des BIP als Referenzgröße. Das BIP bezieht sich auf die politisch-geografische Abgrenzung nach dem Inlandskonzept, also auf den Marktwert der im Inland produzierten Güter. Mit Blick auf den Versicherungskreis der GKV könnte aber auch das Bruttonationaleinkommen (BNE) herangezogen werden, welches auf dem Inländerkonzept beruht und die mit dem Wohnsitz verbundene Steuer- und Abgabepflicht in Deutschland berücksichtigt. Das BNE bietet sich als Bezugsgröße an, weil die GKV-Ausgaben vorwiegend von den beitragspflichtigen Inländern finanziert werden (Pimpertz, 2019). Auf die Entwicklung der Quoten hat die Verwendung des BIP oder des BNE allerdings nur geringfügigen Einfluss. Da sich diese Differenzierung bislang nicht in den Fachdiskussionen durchgesetzt hat, wird der Ansatz hier nicht weiterverfolgt.

Die Bezugnahme auf die gesamte Volkswirtschaft wirft des Weiteren die Frage auf, ob damit ein geeigneter Bezugsrahmen für ein System gesetzt wird, das lediglich eine Teilgruppe der Bevölkerung erfasst. Denn in der GKV sind zwar annähernd neun von zehn Inländern abgesichert. Die beihilfeberechtigten und privat krankenversicherten

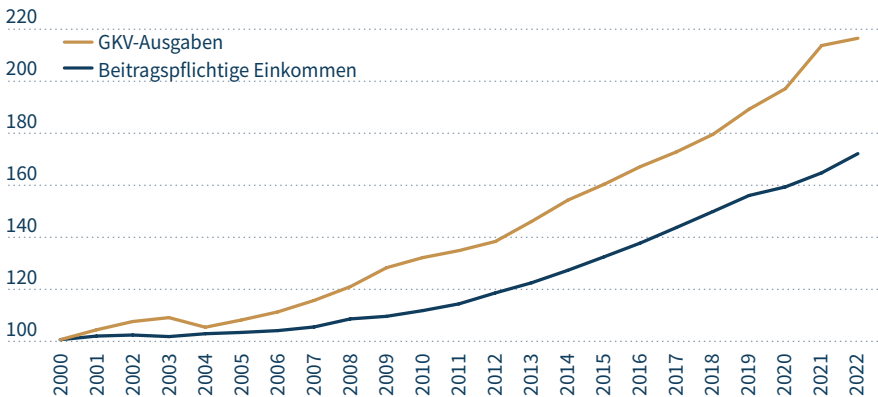
Personen kommen der allgemeinen Krankenversicherungspflicht aber gleichermaßen nach, ohne in der gesetzlichen Sozialversicherung leistungsberechtigt zu sein oder Beiträge zu zahlen. Wenn es darum gehen soll, spezifische Ursachen für die Finanzentwicklung in der GKV zu identifizieren, müssen deshalb die Entwicklungen der Gesamtausgaben und der beitragspflichtigen Einkommen für den geschlossenen Personenkreis der GKV-Versicherten betrachtet werden (Abbildung 2).

Bei der Ausgabenentwicklung fallen zunächst zwei signifikante Trendabweichungen auf: Der Rückgang im Jahr 2004 lässt sich durch Leistungseinschränkungen und neu eingeführte Zuzahlungspflichten im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes erklären. Die vergleichsweise schwache Dynamik in den Pandemie Jahren kann auf eine zurückhaltende Inanspruchnahme aufgrund umfassender Kontaktbeschränkungen sowie auf die Priorisierung der medizinischen Versorgung von Covid-19-Erkrankungen zurückgeführt werden (Pimpertz, 2022). Jenseits dieser Sondereinflüsse zeigt sich über die vergangenen beiden Dekaden hinweg eine deutlich dynamischere Entwicklung der Ausgaben im Vergleich zu den beitragspflichtigen Einkommen. Letztere werden

Entwicklung der GKV-Ausgaben und der beitragspflichtigen Einkommen

Abbildung 2

Index 2000 = 100



Beitragspflichtige Einkommen: Grundlohnsumme.

Quellen: BMG, 2022; 2023; Institut der deutschen Wirtschaft

Abbildung 2: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/8LgfSyWFDmQf7YN>

mittels der Angaben zur Grundlohnsumme abgebildet (BMG, 2022; 2023). Für die Einnahmeseite der GKV gilt die Einschränkung, dass zum Beispiel der Bundeszuschuss oder die pauschalen Beiträge für Empfänger von Grundsicherungsleistungen die Einnahmeentwicklung bestimmen. Diese Faktoren werden jedoch nicht betrachtet, weil mit Blick auf das Diagnoseziel die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrundlage im Fokus steht, aus der das Gros der GKV-Einnahmen generiert wird.

Vergleicht man die jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten beider Aggregate, dann sind die GKV-Ausgaben über die vergangenen beiden Dekaden durchschnittlich um 1,08 Prozentpunkte pro Jahr stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einkommen. In der umlagefinanzierten GKV müssen aber die jährlichen Ausgaben durch die Einnahmen der gleichen Periode gedeckt werden. Deshalb lässt sich mit dem Auseinanderklaffen beider Entwicklungen erklären, warum der Beitragssatz zur GKV (einschließlich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes) seit dem Jahr 2000 von 13,6 auf 15,9 Prozent im Jahr 2022 steigen musste und aktuell noch einmal auf 16,2 Prozent klettert. Offen bleibt bei diesem Befund aber, ob die GKV vorrangig an der Ausgabenentwicklung laboriert oder an einer schwachen Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen.

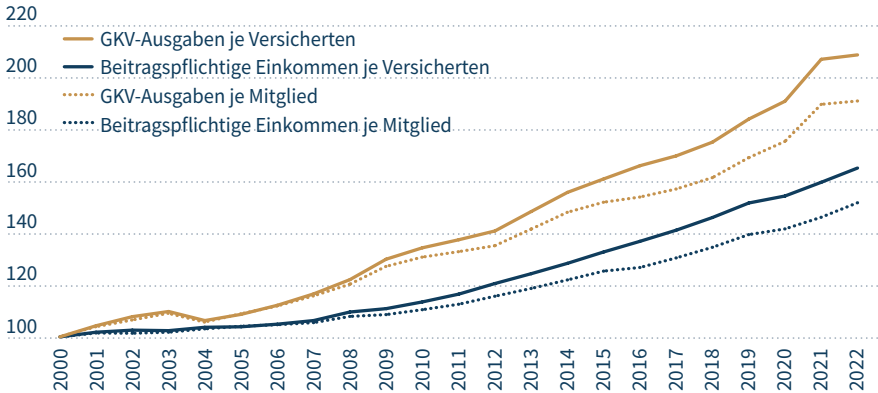
Ausgaben und beitragspflichtige Einkommen – Pro-Kopf-Betrachtung

Gegen eine Verwendung aggregierter Größen kann angeführt werden, dass der Versicherten- und Mitgliederbestand Schwankungen unterliegt. Seit dem Jahr 2000 variierte die Anzahl der leistungsberechtigten GKV-Versicherten (jeweils zum 1. Juli jeden Jahres) zwischen 69,6 Millionen Personen im Jahr 2011 und zuletzt 73,7 Millionen. Noch stärker fiel die Variation bei den beitragszahlenden Mitgliedern aus. Der Bestand schwankte zwischen 50,4 Millionen im Jahr 2005 und dem Höchstwert von 57,7 Millionen im Jahr 2022 (Statistisches Bundesamt, 2023b). Diese Relativierung erfordert eine Betrachtung von durchschnittlichen Größen, also eine Umrechnung der GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten oder je Mitglied (Abbildung 3). Die Unterscheidung ist vor allem für die Interpretation relevant, je nachdem, ob Ableitungen mit Blick auf die Ausgabenentwicklung (je anspruchsberechtigten Versicherten) oder mit Blick auf die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrundlage (je beitragspflichtiges Mitglied) getroffen werden (Pimpertz, 2019).

Pro-Kopf-Entwicklung der GKV-Ausgaben und der beitragspflichtigen Einkommen

Abbildung 3

Angaben je Versicherten und je Mitglied der GKV; Index 2000 = 100



GKV-Ausgaben einschließlich Verwaltungsausgaben: eigene Schätzung der beitragspflichtigen Einkommen.
Quellen: BMG, 2022; 2023; Statistisches Bundesamt, 2023b; Institut der deutschen Wirtschaft

Abbildung 3: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/kk2BXsH8sXTKJqJ>

Die Entwicklung durchschnittlicher Größen bestätigt den ersten Befund: In der Ausgabenentwicklung zeigen sich dieselben Abweichungen vom langfristigen Trend sowohl im Jahr 2004 als auch in den Pandemie Jahren. Über den Zeitraum 2000 bis 2022 entwickeln sich die durchschnittlichen Ausgaben jedoch deutlich dynamischer im Vergleich zu den beitragspflichtigen Einkommen. Diese Aussage gilt unabhängig davon, ob sich die Berechnung auf die Versicherten oder die Mitglieder bezieht. Zwar ist der Gesamtverlauf je Versicherten etwas dynamischer als je Mitglied. Im Vergleich der jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten ist der Abstand zwischen beiden Größen aber nahezu identisch: Seit dem Jahr 2000 sind die Ausgaben je Versicherten pro Jahr um 1,1 Prozentpunkte stärker gewachsen als die beitragspflichtigen Einkommen mit 1,07 Prozentpunkten je Mitglied. Damit klaffen die Entwicklungen der Pro-Kopf-Größen trotz schwankendem Mitglieder- und Versichertenbestand mit nahezu gleichem Abstand auseinander wie die aggregierten Größen.

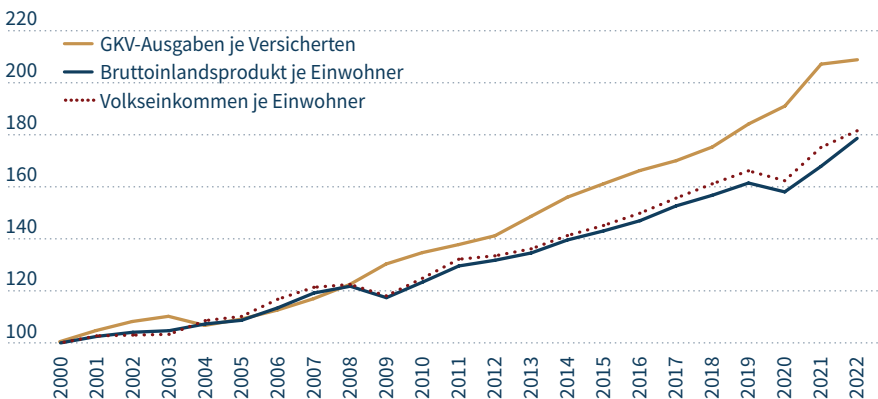
Ausgabendynamik auf Basis der VGR

Ob die GKV vorrangig unter der dynamischen Ausgabenentwicklung leidet oder unter einer schwachen Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen, lässt sich mithilfe weiterer Referenzgrößen analysieren. Mit Blick auf die Ausgabenentwicklung können die GKV-Ausgaben je anspruchsberechtigten Versicherten mit der Dynamik der jährlichen Wirtschaftsleistung je Einwohner verglichen werden. Dahinter steht die Vorstellung, dass die Aufwendungen für die medizinische Versorgung aus den jährlich erwirtschafteten Markteinkommen finanziert werden, die über die Beitragserhebung zugunsten der GKV umverteilt werden. Der Vergleich mit der Entwicklung des BIP je Einwohner könnte Hinweise liefern, ob sich die GKV-Ausgaben je Versicherten überproportional stark im Vergleich zu den aus dem BIP ableitbaren Konsummöglichkeiten der Gesellschaft entwickelt haben. Die Empirie legt zunächst den Schluss nahe, dass die GKV-Ausgaben je Versicherten überproportional zur Wirtschaftsleistung stark angestiegen sind (Abbildung 4): Betrachtet man die jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten seit dem Jahr 2000, dann sind die GKV-Ausgaben je Versicherten nominal

GKV-Ausgaben und VGR-Aggregate im Vergleich

Abbildung 4

GKV-Ausgaben je Versicherten und nominales Bruttoinlandsprodukt sowie Volkseinkommen je Einwohner, Index 2000 = 100



Quellen: BMG, 2022; 2023; Statistisches Bundesamt, 2023a; 2023b; Institut der deutschen Wirtschaft

Abbildung 4: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/Z4z2W9xPeXjaXp6>

mit einer Rate von 3,41 Prozent pro Jahr gestiegen, das BIP je Einwohner wuchs dagegen lediglich mit einer Rate von 2,67 Prozent.

Gegen die Verwendung des BIP kann argumentiert werden, dass bei der Entstehung der jährlichen Wirtschaftsleistung ein Teil des eingesetzten Kapitalstocks verzehrt wird. Werden die Ersatzinvestitionen ignoriert, die notwendig sind, um den Kapitalstock auch für kommende Perioden zu erhalten, dann suggeriert das BIP ein Einkommensniveau, das um den Kapitalverzehr aufgewertet wird. Deshalb empfiehlt es sich, die Entwicklung der GKV-Ausgaben je Versicherten mit einer Größe zu vergleichen, die lediglich den jährlich erwirtschafteten Einkommensspielraum für zusätzliche Investitionen (Kapitalstockzuwachs) sowie für den öffentlichen und privaten Konsum beschreibt. Dazu kann das Volkseinkommen verwendet werden. Diese Bezugsgröße wird aus dem Nettoneinkommen abgeleitet und beruht damit auf dem oben angesprochenen Inländerkonzept.

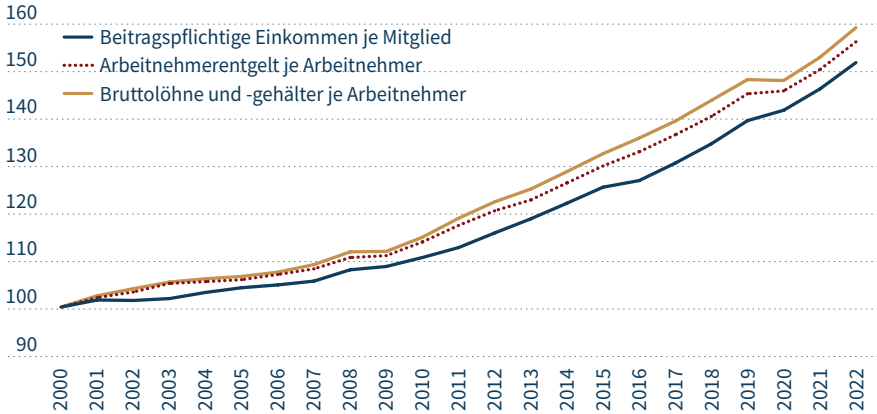
In erster Linie ergeben sich hinsichtlich BIP und Volkseinkommen merkliche Niveauunterschiede in einer Größenordnung von zuletzt 985 Milliarden Euro oder rund ein Viertel des BIP. Auf die Einordnung der GKV-Ausgabenentwicklung je Versicherten hat die Verwendung der beiden VGR-Konzepte aber kaum Einfluss: Die jahresdurchschnittliche Wachstumsrate des Volkseinkommens je Einwohner fällt mit 2,75 Prozent lediglich um 0,08 Prozentpunkte höher aus als die des BIP je Einwohner. Auch auf Basis dieser Bezugsgrößen verläuft die Entwicklung der GKV-Ausgaben je Versicherten überproportional stark.

Beitragspflichtige Einkommen in der GKV und Arbeitnehmerentgelte

Einer anderen Referenzgröße bedarf es, um die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV einzuordnen. Denn das Beitragsrecht der GKV sieht eine entgelt- und rentenbezogene Beitragsfinanzierung vor und bezieht sich damit auf eine Teilmenge des Volkseinkommens. Aus den VGR können die Bruttolöhne und -gehälter oder die Arbeitnehmerentgelte als Referenzgröße herangezogen werden (Abbildung 5). Während Erstere der Berechnungsgröße für den Krankenversicherungsbeitrag nahekommen, beinhalten die Arbeitnehmerentgelte auch die von den Arbeitgebern abzuführenden Anteile am Sozialversicherungsbeitrag. Letztere spiegeln deshalb die

Beitragspflichtige Einnahmen der GKV und Arbeitnehmerentgelte Abbildung 5

Beitragspflichtige Einnahmen je GKV-Mitglied, Arbeitnehmerentgelte je Arbeitnehmer und Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer; Index 2000 = 100



Quellen: BMG, 2022; 2023; Statistisches Bundesamt, 2023a; 2023b; Institut der deutschen Wirtschaft

Abbildung 5: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/g2KExGqRxSn8Emi>

von den Arbeitnehmern erwirtschafteten Einkommen bei steigenden Beitragssätzen wider.

Die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer sind zwischen den Jahren 2000 und 2022 mit jahresdurchschnittlich 2,14 Prozent etwas stärker gewachsen als die beitragspflichtigen Einkommen je GKV-Mitglied mit 1,92 Prozent. Bezieht man die von den Arbeitnehmern ebenfalls zu erwirtschaftenden Arbeitgeberanteile am Sozialversicherungsbeitrag ein, dann ist die Referenzgröße im gleichen Zeitraum um jahresdurchschnittlich 2,05 Prozent gestiegen. Die Differenz zwischen den Wachstumsraten verringert sich damit von 0,22 auf 0,13 Prozentpunkte pro Jahr. Damit sind die beitragspflichtigen Einkommen je GKV-Mitglied zwar immer noch etwas schwächer gestiegen, von einer Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage kann jedoch nicht gesprochen werden. Der Abstand zwischen beiden Wachstumsraten beträgt lediglich rund ein Sechstel der Differenz, die zwischen den Entwicklungen der GKV-Ausgaben je Versicherten und dem Volkseinkommen je Einwohner klafft.

Bei der Interpretation dieses Befunds sind weitere Besonderheiten zu beachten: Die Arbeitnehmerentgelte beinhalten (ebenso wie die Bruttolöhne und -gehälter) neben den beitragspflichtigen Einkommen auch Entgelte der nicht gesetzlich Versicherten sowie Entgeltbestandteile jenseits der Bemessungsgrenze, für die GKV-Mitglieder und deren Arbeitgeber keine Beiträge entrichten. Außerdem werden in den VGR die Beamten unter der Arbeitnehmereigenschaft erfasst und deren Besoldung den Arbeitnehmerentgelten zugerechnet. Mit Blick auf die politisch verhandelten Vorschläge, die Beitragsbemessungsgrundlage oder den pflichtversicherten Personenkreis auszuweiten, lässt sich an dieser Stelle feststellen, dass mit einer aufkommensneutralen Ausweitung der Beitragsfinanzierung zwar der Beitragssatz einmalig gesenkt werden könnte, da dasselbe Einnahmenvolumen aus einer breiteren Bemessungsgrundlage geschöpft würde. Aufgrund der annähernd identischen Wachstumsraten über die vergangenen zwei Dekaden verspricht eine derartige Reform aber keinen systematischen Beitrag zur Finanzierung des latent überproportional starken Ausgabenwachstums. Binnen kurzer Frist dürfte der Beitragssatz wieder das Ausgangsniveau erreichen und darüber hinaus unter Anpassungsdruck geraten, weil die bislang nicht beitragspflichtigen Entgeltbestandteile und die Beamtenbesoldung offenkundig keine überproportional starke Wachstumsdynamik entfalten.

Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass sich die Arbeitnehmerentgelte lediglich als Referenz für die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen beschäftigter GKV-Mitglieder eignen, weil in den VGR die ebenfalls beitragspflichtigen Einkommen der Ruheständler als Transfereinkommen verbucht und nicht in dem Aggregat erfasst werden. Außerdem kann der Vergleich von Pro-Kopf-Größen nicht zielführend sein, weil die Entwicklung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen einerseits durch den Anstieg der GKV-Mitgliederzahlen von 50,4 Millionen (2005) auf 57,7 Millionen (2022) getrieben wurde, andererseits aber ein steigender Anteil teilzeitbeschäftigter Beitragszahler das Wachstum der Durchschnittsgröße bremsen kann. Dafür spricht, dass die beitragspflichtigen Einkommen in der GKV im Aggregat seit dem Jahr 2000 um 71,6 Prozent gestiegen sind, je Mitglied aber nur um 51,8 Prozent.

Beitragspflichtige Einkommen bei Beschäftigten und Ruheständlern

Um weitergehenden Aufschluss über den Einfluss der Mitgliederentwicklung zu gewinnen, braucht es eine Differenzierung nach den beschäftigten Mitgliedern in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und den beitragszahlenden Ruheständlern, die in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) erfasst werden. Die jeweiligen Grundlohnsummen für die AKV und die KVdR werden jedoch nur für den Zeitraum 2016 bis 2022 in den jährlichen Tableaus des Schätzerkreises GKV ausgewiesen (Bundesamt für soziale Sicherung, 2022). Für den Zeitraum 2000 bis 2015 liegen dagegen nur die Angaben zur Grundlohnsumme insgesamt vor (BMG, 2022, Tabelle 9.12). Mithilfe der Beitragseinnahmen der AKV und KVdR (BMG, 2022, Tabelle 9.5) lassen sich aber unter Zuhilfenahme des durchschnittlichen Beitragssatzes die Grundlohnsummen für die jeweiligen Mitgliedergruppen näherungsweise bestimmen. Diese Heuristik liefert eine relativ treffsichere Schätzung, denn in Summe weichen die jeweils für die AKV und KVdR geschätzten Teilaggregate lediglich um 0,5 bis 2,2 Prozent pro Jahr von den Angaben zur gesamten Grundlohnsumme in der GKV ab.

Auf der Basis dieser Schätzung ist die Grundlohnsumme in der GKV insgesamt seit 2000 um 68,4 Prozent gestiegen (gemäß den Originalwerten um 71,6 Prozent). In der AKV betrug der geschätzte Zuwachs 69,9 Prozent. Damit trug das Wachstum der Beitragsbemessungsgrundlage unter den beschäftigten GKV-Mitgliedern leicht überproportional zur Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen bei (Tabelle). Dagegen stieg die geschätzte Grundlohnsumme für die Mitglieder der KVdR zwischen 2000 und 2022 insgesamt nur um 61,7 Prozent. Deutlicher fallen die Entwicklungen auseinander, wenn für beide Mitgliedergruppen Pro-Kopf-Größen berechnet werden. Auf der Grundlage geschätzter Größen ist die Grundlohnsumme je GKV-Mitglied über den gleichen Zeitraum um 49 Prozent oder mit einer jahresdurchschnittlichen Rate von 1,83 Prozent gestiegen. Auf Basis der Originalwerte lag die Wachstumsrate bei 1,92 Prozent. Je AKV-Mitglied ergibt sich mit insgesamt 49,1 Prozent oder einer jahresdurchschnittlichen Wachstumsrate von 1,83 Prozent eine nahezu identische Dynamik. Davon weicht die Entwicklung in der KVdR merklich ab. Mit lediglich 45,8 Prozent oder einer jahresdurchschnittlichen Rate von 1,73 Prozent hält die Entwicklung je Mitglied nicht Schritt mit jener in der AKV.

Mitglieder und Grundlohnsumme der GKV

Tabelle

	GKV		Allgemeine Krankenversiche- rung (AKV)		Krankenversiche- rung der Rentner (KVdR)	
	2000	2022	2000	2022	2000	2022
Mitglieder						
Versicherte in Millionen	71,3	73,7	54,6	56,0	16,6	17,7
Mitglieder in Millionen	51,0	57,7	35,7	40,7	15,3	17,0
Anteil Mitglieder an Versicherten in Prozent	71,6	78,3	65,4	72,7	92,0	96,1
Grundlohnsumme						
in Milliarden Euro	943,0	1.610,0	775,2	1.373,2	181,1	292,7
Index 2000 = 100	168,4		169,9		161,7	
Jahresdurchschnittliche Veränderung in Prozent	2,40		2,44		2,21	
Je Mitglied in Euro	18.735	27.910	21.693	32.355	11.829	17.248
Index 2000 = 100	149,0		149,5		145,8	
Jahresdurchschnittliche Veränderung in Prozent	1,83		1,83		1,73	

Versicherte und Mitglieder jeweils zum 1. Juli jeden Jahres; Grundlohnsumme für AKV und GKV 2000 bis 2015: eigene Schätzung.

Quellen: BMG, 2022; 2023; Bundesamt für Soziale Sicherung, 2022; Statistisches Bundesamt, 2023b; Institut der deutschen Wirtschaft

Tabelle: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/Wo8PZPDTLbCk2>

Diese Abweichungen gilt es zu plausibilisieren:

- In der AKV ist die Anzahl der Versicherten seit 2000 um 1,4 Millionen gestiegen, die der Mitglieder dagegen um rund 5 Millionen. Damit ist der Anteil der beitragszahlenden Mitglieder an allen AKV-Versicherten von 65,4 Prozent auf zuletzt 72,7 Prozent gewachsen (Statistisches Bundesamt, 2023b). Während der höhere Anteil an Beitragszahlern erklären kann, warum die Grundlohnsumme in der AKV geringfügig stärker zugelegt hat als jene der GKV insgesamt, ist die im Vergleich dazu schwächere jahresdurchschnittliche Wachstumsrate je Mitglied vor allem damit zu plausibilisieren, dass ein Teil des Zuwachses an Beitragszahlern auf teilzeitbeschäftigte Mitglieder entfällt. Dies bremst die Entwicklung der durchschnittlichen Größe trotz eines insgesamt leicht überproportionalen Wachstums der aggregierten

Grundlohnsumme. Mit einer weiter steigenden Erwerbsbeteiligung von bislang häufiger teilzeitbeschäftigten Frauen lässt sich deshalb die Perspektive verbinden, dass daraus künftig ein positiver Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen erwächst.

- In der KVdR ist die Anzahl der Versicherten von 16,6 Millionen im Jahr 2000 auf 17,7 Millionen im Jahr 2022 gestiegen, die der Mitglieder legte um knapp 1,7 Millionen zu. Der Mitgliederanteil hat sich damit von 92,0 auf 96,1 Prozent erhöht. Aufgrund des unterproportionalen Wachstums der beitragspflichtigen Einkommen je KVdR-Mitglied von durchschnittlich 1,73 Prozent pro Jahr ist zu vermuten, dass vor allem der höhere Anteil an beitragszahlenden Rentnern zur Stabilisierung der Grundlohnsumme in der KVdR beigetragen hat. Vermutlich ist der Anteil beitragsfrei versicherter Familienangehöriger in Rentnerhaushalten infolge der Ausweitung der „Mütterrenten“ gesunken. Da sich damit auch die Anzahl geringer Renten erhöht hat, lässt sich daraus die gleichzeitig schwächere Entwicklung der durchschnittlichen Werte erklären.

Diese Interpretation nährt die Hoffnung, dass besonders Frauen der nachfolgenden Rentnerkohorten aufgrund ihrer zunehmenden Erwerbsbeteiligung höhere beitragspflichtige Alterseinkommen aufweisen werden. Dies würde dazu führen, dass selbst bei unverändert hohem Mitgliederanteil in der KVdR die Entwicklung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen an Dynamik gewinnt und die Grundlohnsumme in der KVdR künftig stärker zulegen wird als in der Vergangenheit. Ob das reichen wird, um bei einem demografisch bedingt steigenden Rentneranteil die GKV-Finzen insgesamt zu stabilisieren, muss an dieser Stelle offen bleiben.

Ausgabenwachstum – Ursachen und Therapieoptionen

Die ökonomische Diagnose zeigt, dass die GKV über die vergangenen beiden Dekaden vor allem aufgrund der überproportional stark wachsenden Ausgaben unter Druck geraten ist, während sich die beitragspflichtigen Einkommen vergleichsweise unauffällig entwickelt haben. Deshalb sollte eine ursachengerechte Therapie vor allem darauf abstellen, das Ausgabenwachstum zu adressieren und letztlich zu bremsen. Damit rücken mögliche Treiber der Ausgabenentwicklung in den Mittelpunkt.

Ökonomische Analysen benennen dazu zum einen die sogenannte Baumol'sche „Kostenkrankheit“. Demzufolge lassen sich in der personal- und dienstleistungsintensiven medizinischen Versorgung kaum vergleichbare Produktivitätsfortschritte erzielen wie in kapitalintensiv produzierenden Branchen. Bei einem Wachstum der Löhne und Gehälter, das sich an der durchschnittlichen Produktivitätsentwicklung orientiert, drohen deshalb latent steigende Produktionskosten. Zum anderen steht die Vermutung im Raum, dass die medizinische Versorgung in Deutschland zwar auf einem hohem Qualitätsniveau erfolgt, aber im internationalen Vergleich zu relativ hohen Kosten. Aus ökonomischer Sicht spricht dafür vor allem die marktferne Steuerungslogik der GKV in Deutschland. Auf der Versorgungsseite führen der Verzicht auf knappheitsgerechte Preissignale und ein begrenzter Wettbewerb zu Fehlanreizen und Ineffizienzen. Gleichzeitig beinhaltet die GKV ein Leistungsversprechen nach dem aktuellen Stand der Medizin. Bei eingeschränktem Anbieterwettbewerb und einheitlichen Entgelten ist deshalb davon auszugehen, dass die Entwicklung medizinisch-technischer Innovationen vor allem darauf gelenkt wird, das medizinische Behandlungsspektrum zu erweitern. Dies führt zu stetig steigenden Finanzierungserfordernissen, während die marktfernen Anreize kaum Innovationen zugunsten einer kostengünstigeren Produktion gleicher Qualitäten honorieren.

Vor diesem Hintergrund kann die Gesundheitspolitik den Leistungskatalog der GKV kritisch hinterfragen. Medizinisch vertretbare Einschränkungen des Leistungsumfangs würden zwar kurzfristige Entlastungen versprechen, wären allerdings kaum geeignet, die latente Wachstumsdynamik der Ausgaben zu bremsen. Deshalb gilt es vielmehr, marktwirtschaftliche Reformansätze in den Blick zu nehmen, die über Wettbewerb und knappheitsgerechte Preissignale effizienzsteigernde Anreize für Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer setzen. Erst das verspricht, die Ausgabendynamik zu bremsen. Das wird umso wichtiger, weil mit der Alterung des GKV-Versichertenbestands künftig weiter steigende Finanzierungserfordernisse zu erwarten sind (Beznoska et al., 2023).

Literatur

Beznoska, Martin / Pimpertz, Jochen / Stockhausen, Maximilian, 2021, Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität? IW-Analysen, Nr. 143, Köln

Beznoska, Martin / Pimpertz, Jochen / Stockhausen, Maximilian, 2023, Wie beeinflusst die Demografie das Solidaritätsprinzip in der GKV? in: Sozialer Fortschritt, 72. Jg., S. 499–518

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2022, Daten des Gesundheitswesens 2022, Stand: November 2022, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/230223_BMG_DdGW_2022.pdf [26.9.2023]

BMG, 2023, Gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln, KF23BUND, Stand: August 2023, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2023Bund_August_2023.pdf [26.9.2023]

Bundesamt für Soziale Sicherung, 2022, Schätztableau des GKV-Schätzerkreises, Stand: 13.10.2022, <https://www.bundesamtssozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/schaetzerkreis/> [26.9.2023]

Pimpertz, Jochen, 2019, Indikatoren zur GKV-Finanzentwicklung und ihre normativen Implikationen, in: IW-Trends, 46. Jg., Nr. 1, S. 121–136

Pimpertz, Jochen, 2022, Stationäre Infrastruktur: Resilienz zwischen Wunsch und Wirklichkeit, in: ifo Schnelldienst, 75. Jg., Nr. 3, S. 23–26

Pimpertz, Jochen, 2023, Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung, Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Monitor Wirtschaft und Innovation, Berlin

Pimpertz, Jochen / Stockhausen, Maximilian, 2023, Beitragslast steigt mit der Bemessungsgrenze, IW-Kurzbericht, Nr. 39, Köln

Statistisches Bundesamt, 2023a, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Inlandsproduktberechnung, Detaillierte Jahresergebnisse, Fachserie 18 Reihe 1.4, Stand: 5.9.2023, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2023b, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Mitglieder und mit-versicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres, https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=39559680&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=254&p_ansnr=78682361&p_version=6&p_dim=D.000&p_dw=3732&p_direction=drill [23.8.2023]

Expenditures and Revenues in Germany's Statutory Health Insurance System: Evaluation Strategies and Empirical Findings

Almost annually recurring deficits in Germany's statutory health insurance system have led to a steady rise in the contribution rate, a percentage of earned income. While the political debate has concentrated on reforms that aim to generate additional revenues, an empirical diagnosis suggests that a reform strategy directed towards reducing expenditures would be more effective. Whether calculated per contributor, per person insured (a contributor's spouse and children are co-insured) or as an aggregate, for the past two decades health spending has risen by an annual average of over 1 percentage point more than income subject to contributions. Yet while a comparison with the change in national per capita income confirms the picture of disproportionately strong expenditure growth, incomes subject to contributions have not been eroded. Indeed, on a per capita basis they have grown at almost the same rate as average employee pay. Though a revenue-neutral expansion of the contribution base could thus make possible a one-off reduction in the contribution rate, empirical evidence suggests that such a move would not be a long-term answer to disproportionately strong growth in expenditures. What is really needed are remedies that decelerate the increase in health spending. This requires pricing which accurately reflects scarcity and competition to motivate the insured, the statutory health insurers and the care providers to adopt more efficient behaviour.