

WIFI WORKING PAPER 6/2019

**Strukturelle Einnahmeschwäche?  
GKV-Finanzierung im Spannungsfeld  
von demographischem Wandel und  
Gesundheitsreformen**

Thomas Neusius

25. Juli 2019

# Strukturelle Einnahmeschwäche? GKV-Finanzierung im Spannungsfeld von demographischem Wandel und Gesundheitsreformen

Thomas Neusius\*

*Hochschule RheinMain  
Wiesbaden Business School  
Bleichstr. 44  
D-65183 Wiesbaden*

25. Juli 2019

**Abstract:** Previous research revealed that the German statutory health insurance (SHI) exhibits a funding problem due to the contribution based financing. The article assesses the development of the SHI funding relative to macroeconomic figures. It turns out that demographic ageing did not reduce the amount of contributions in the period from 1996 to 2016, but contributed to a considerable amount to the expenditures. However, political interventions, whose impact is also approximately quantified, helped to contain the overall hike of health spending. Focussing solely on the development of SHI's funding is inappropriate with respect to the trends observed in the past.

**Kurzzusammenfassung:** Der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde ein strukturelles Einnahmeproblem attestiert, das im vorliegenden Beitrag genauer untersucht wird. Es wird quantifiziert, wie sich die Einnahmen der GKV relativ zu volkswirtschaftlichen Vergleichsgrößen entwickelt haben. Insbesondere wird herausgearbeitet, dass die demographische Alterung in den Jahren 1996 bis 2016 keinen dämpfenden

---

\*Der Autor dankt M. Werding, J. Faik, B. Kuhn, S. Schäfer für hilfreiche Kommentare und Diskussionen.

Einfluss auf die Beitragseinnahmen hatte. Die Ausgaben der GKV werden ebenso analysiert, mit dem Ergebnis, dass es wesentliche Kostensteigerungen durch die demographische Alterung gab, aber auch kostendämpfende Eingriffe des Gesetzgebers, die ebenfalls quantifiziert werden. Eine Fokussierung allein auf die Entwicklung der GKV-Einnahmen wird den Beobachtungen nicht gerecht.

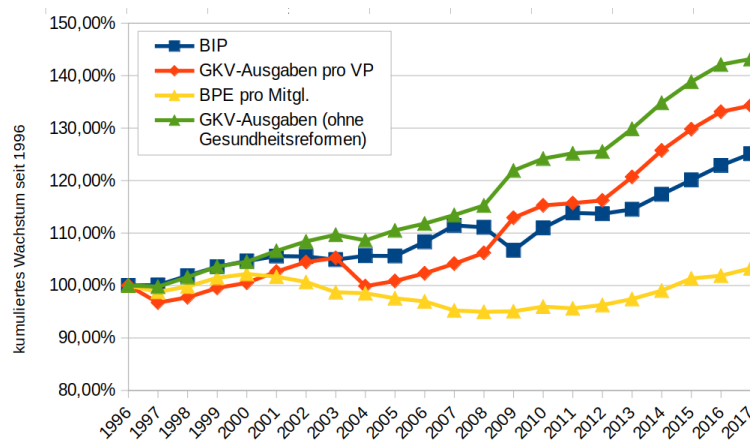
**Keywords:** Gesetzliche Krankenversicherung, Demographische Alterung, Strukturelle Einnahmeschwäche

**JEL classifications:** I13,J11

## 1 Einleitung

Der Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lag 1996 bei durchschnittlich bei 13,5% und stieg bis 2018 auf 15,5% an (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) 2019). Dies scheint kein dramatischer Anstieg zu sein, obgleich während dieser Zeit mehrere Gesundheitsreformen durchgesetzt wurden und die konjunkturelle Situation 2018 ungleich günstiger war als die des Jahres 1996. Trotz der aktuell auskömmlichen Finanzierung sieht die umlagefinanzierte GKV einer finanziell angespannten Zukunft entgegen, wie mehrfach festgestellt wurde (BUNDESMINISTERIUM DER FINANZEN 2016; RÜRUP u. a. 2009; WERDING und LÄPPLE 2019). Neben kurzfristigen konjunkturellen Schwankungen wirkt die demographische Entwicklung in zweifacher Weise auf die GKV: Erstens nimmt die Zahl älterer Versicherter mit überdurchschnittlichem Versorgungsbedarf zu und zweitens ist die Zahl der Personen, welche als Erwerbstätige hauptsächlich die finanziellen Mittel der GKV über ihre Beiträge aufbringen, in Relation zur Gesamtbevölkerung rückläufig.

Ein genauerer Blick auf die vergangenen Jahre mag dabei helfen, die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung hinsichtlich einzelner Ursachenkomplexe zu analysieren. So wurde wiederholt darauf verwiesen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung eigentlich kein Ausgaben-, sondern ein Einnahmeproblem habe. Konkreter bezieht sich dies auf die Feststellung, der Anteil der Ausgaben der GKV relativ zum Bruttoinlandsprodukt sei über die Jahre weitgehend konstant geblieben, während die Löhne hinter dieser Entwicklung zurückgeblieben seien, es liege demnach eine „strukturelle Ein-



**Abbildung 1:** Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes pro Einwohner, der GKV-Leistungsausgaben pro versicherter Person (VP) und des beitragspflichtigen Einkommens (BPE) pro GKV-Mitglied. Die GKV-Leistungsausgaben wurden zudem unter der Annahme nicht erfolgter Gesundheitsreformen bestimmt. Alle Angaben inflationsbereinigt mit Verbraucherpreisindex. Quelle: BMG KJ1 (2018), VGR BIP (2019), VGR BEVÖLKERUNG (2018) und VGR PREISINDEX (2019), eigene Berechnungen.

nahmeschwäche“ vor (ROTHGANG, ARNOLD und UNGER 2010; WILLE 2002; ROTHGANG 2011).

In den Jahren von 1996 bis 2017 sind die Ausgaben der GKV pro Versichertem inflationsbereinigt um 34,3% gestiegen (BMG KJ1 2018; BMG KM7 2017). Der Preisanstieg wurde dabei mit dem Verbraucherpreisindex aus der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) berücksichtigt (VGR PREISINDEX 2019). Der Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben der GKV liegt damit im einundzwanzigjährigen Mittel bei 1,41% (geometrisches Mittel, inflationsbereinigt). Das um den Verbraucherpreisanstieg bereinigte Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP), bezogen auf die Zahl der Einwohner, lag in diesem Zeitraum kumuliert bei 25,1% bzw. durchschnittlich bei 1,07% pro Jahr (VGR BIP 2019; VGR PREISINDEX 2019; VGR BEVÖLKERUNG 2018). Der Anstieg der Gesundheitsausgaben übersteigt im Beobachtungszeitraum das BIP-Wachstum um 34 Basispunkte pro Jahr.

Das Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen (BPE) blieb im selben Zeitraum jedoch hinter dem Wachstum des BIP zurück. Sie stiegen von 1996 bis 2017 um jährlich durchschnittlich 0,15%, kumuliert 3,3% in 21 Jahren. Insofern gibt es

tatsächlich eine Erosion der Einnahmebasis der GKV, die gleichwohl kein GKV-Spezifikum darstellt, sondern die anderen umlagefinanzierten Sozialversicherungen ebenso trifft.

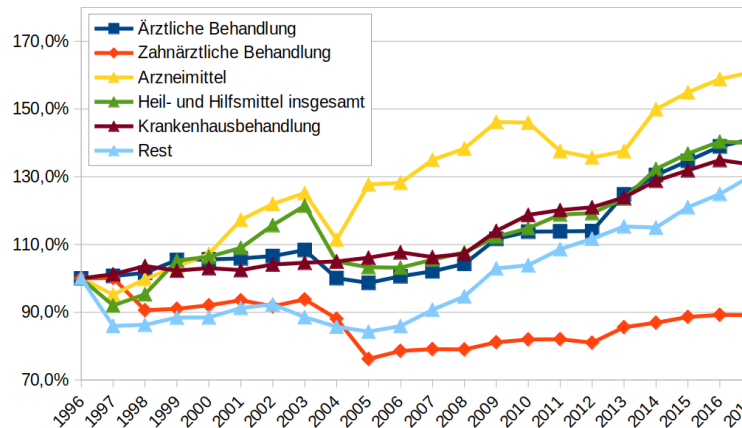
Im Folgenden soll diese Entwicklung genauer beleuchtet werden: Die demographischen Anteile am Wachstum von Ausgaben und BPE sollen separiert werden. Dazu wird hier eine Analyse der Lohnstruktur der GKV-Mitglieder durchgeführt, die eine Differenzierung nach verschiedenen Ursachen für die Entwicklung der BPE ermöglicht. Zudem wird die Rolle der Gesundheitspolitik für die Ausgaben der GKV abgeschätzt, um die meist kostendämpfenden Eingriffe des Gesetzgebers von der sonstigen Ausgabendynamik zu trennen. Bisherige Studien haben die demographischen Einflüsse auf die Ausgaben bereits in ähnlicher Form analysiert. Hier wird jedoch auch der Versuch unternommen, die Wirkungen gesetzgeberischer Eingriffe zu beziffern. Zudem wird hier auch der demographische Anteil in der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen aufgeschlüsselt.

Die vorliegende Arbeit leistet damit einen Beitrag zum Verständnis der finanziellen Entwicklungen der GKV und schließt zudem eine Lücke: Zahlreiche Szenariorechnungen zur zukünftigen Entwicklung der GKV-Finanzen und des GKV-Beitragssatzes fußen auf Annahmen zur Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben in Relation zu volkswirtschaftlichen Größen (BUNDESMINISTERIUM DER FINANZEN 2016; GASCHÉ und RAUSCH 2016; WERDING 2016; KOCHSKÄMPER 2018; BROUWERS u. a. 2018a; WERDING und LÄPPLE 2019). Dieser Beitrag zeigt auf, wieweit derartige Annahmen für den Zeitraum 1996 bis 2017 von den tatsächlichen Entwicklungen gedeckt sind bzw. von ihnen abwichen.

## **2 Entwicklung der GKV-Ausgaben**

In Abbildung 1 ist zu erkennen, dass die Pro-Kopf-Ausgaben in den Jahren 1997 bis 2003 und 2004 bis 2008 vergleichsweise gleichmäßig gestiegen sind. Von 1996 auf 1997 ist jedoch ebenso wie von 2003 auf 2004 ein deutlicher Rückgang erkennbar, der mit dem Greifen von Gesundheitsreformgesetzen in Zusammenhang steht. Von 2008 auf 2009 gab es dann einen ausgeprägten Anstieg. Dies fällt zusammen mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, mit dem der Gesundheitsfonds und ein einheitlicher Beitragssatz eingeführt wurde. Es folgten ab 2010 einige Jahre moderaten Wachstums. Seit

2012 hat sich der jährliche Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben merklich beschleunigt.



**Abbildung 2:** Entwicklung der Leistungsbereiche der GKV-Ausgaben pro versicherter Person (VP). Preisbereinigt mit Verbraucherpreisindex. Quelle: VGR PREISINDEX (2019), BMG KJ1 (2018) und BMG KM7 (2017), eigene Berechnungen.

Eine Aufteilung der verschiedenen Leistungsbereiche zeigt Abb. 2. Im Jahr 1997 wirkten sich die durch das Beitragsentlastungsgesetz erhöhten Zuzahlungen aus, was besonders zu rückläufigen Ausgaben im Bereich der Arzneimittel führte. Zudem wurden Leistungen für Kuraufenthalte gekürzt und das Krankengeld von 80% auf 70% des letzten Bruttolohns gesenkt (DEUTSCHE BUNDESBANK 2004; SVWR 1997, 123, Rn. 203).

Im folgenden Jahr traten das erste und zweite GKV-Neuordnungsgesetz in Kraft. Erneut wurden die Zuzahlungen angehoben und die Zuschüsse bei Zahnersatz auf Festbeträge umgestellt. Die Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen sanken 1998 demnach spürbar gegenüber dem Vorjahr (SVWR 1998, 136, Rn. 196).

Im Jahr 2004 traten die Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes in Kraft. Insbesondere die vollständige Ausgliederung von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, höhere Zuzahlungsbeträge, eine veränderte Vergütung der Apothekerleistungen und auf das Jahr 2004 begrenzte Rabatte auf verschreibungspflichtige Arzneimittel trugen erheblich zur Ausgabenreduktion bei (SVWR 2004, 312, Rn. 332).

Die Arzneimittelausgaben gingen 2004 im Vergleich zu 2003 um 10% zurück, lagen allerdings schon 2005 wieder über dem Niveau von 2003 (DEUTSCHE BUNDESBANK 2004; DEUTSCHE BUNDESBANK 2014). Heil- und Hilfsmittel verzeichneten

einen bleibenden Ausgabenrückgang (z.B. keine Leistungen mehr für Sehhilfen). Der Rückgang bei den Ausgaben für ärztliche Behandlungen war auch von der Einführung der Praxisgebühr verursacht gewesen, die einen spürbaren Rückgang der Arztbesuche nach sich zog (SVWR 2004, 310f, Rn. 330). Zudem gab es einen über zwei Jahre andauernden Rückgang bei den Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen, der auf die Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog zurückzuführen ist, die jedoch später teilweise rückgängig gemacht wurde (SVWR 2004, 316, Rn. 337). Schließlich gingen die Ausgaben für Arzneimittel in den Jahren 2010 bis 2012 zurück und stiegen 2013 nur moderat. Hintergrund ist das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften, welches in diesem Zeitraum besondere Herstellerabschläge und ein Preismoratorium vorsah (BOYSEN-HOGREFE 2015; DEUTSCHE BUNDESBANK 2014, S. 50). Im Folgejahr kam es dementsprechend zu einem besonders starken Anstieg der Arzneimittelausgaben (vgl. Abb. 2).

Wie in Abb. 2 zu erkennen, ging die Abschaffung der Praxisgebühr ab dem Jahr 2013 einher mit einem spürbaren Anstieg der Leistungsausgaben für ärztliche Behandlungen (gegenläufig zum Rückgang im Jahr 2004 bei der Einführung selbiger) (SVWR 2013, 92, Rn. 157). Dies unterstreicht die schon vorher geäußerte Vermutung eines nicht zu vernachlässigenden Steuerungseffektes durch die Praxisgebühr (HEUER 2016).

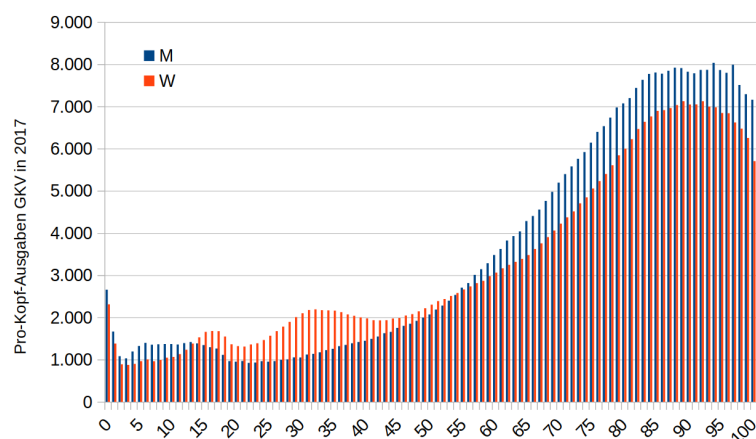
Um eine Abschätzung der Effekte dieser Reformgesetze auf die Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben vorzunehmen, wird hier eine virtuelle Entwicklung der Leistungsbereiche über die Jahre 1996 bis 2017 erstellt. Annahme ist dabei, dass die Leistungsausgaben der einzelnen Bereiche nominal nicht gesunken wären, wenn es keine Eingriffe des Gesetzgebers gegeben hätte. Preisbereinigt kann es dennoch zu Rückgängen der Ausgabenbereiche kommen. Die unter dieser Vorgehensweise sich ergebende Entwicklung der gesamten Leistungsausgaben je Versichertem ist in Abb. 1 dargestellt. Es zeigt sich, dass die Leistungsausgaben dann ein durchschnittliches jährliches Wachstum von 1,72% aufweisen, kumuliert 43,2% über zwanzig Jahre. Die so abgeschätzte Wirkung gesetzgeberischer Eingriffe zur Ausgabenbegrenzung hatte also einen durchschnittlichen jährlichen Effekt von -0,31% oder kumuliert von -8,9%.

Die hier dargestellte Abschätzung ist eher vorsichtig gewählt. Leistungsausweitungen waren im beobachteten Zeitraum von nachrangiger Bedeutung, wenn man von der Abschaffung der Praxisgebühr absieht. Wirkungen werden den gesetzgeberischen

Maßnahmen durch die hier angewendete Näherung nur zugeschrieben, wenn es in einem Leistungsbereich zu einem Rückgang der nominalen Ausgaben kam. Damit werden insbesondere alle Wirkungen nicht erfasst, welche den Anstieg der Ausgaben zwar gedämpft haben, nicht aber zu einem Rückgang der Ausgaben führten. Deswegen ist anzunehmen, dass die Wirkungen der Eingriffe in das GKV-Leistungsgeschehen hier unterschätzt wurden.

## 2.1 Demographischer Anteil am Ausgabenwachstum

Ein immer wieder als besonders wichtig benannter Faktor für den Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben der GKV-Ausgaben ist die demographische Alterung (STAHMEYER u. a. 2018; BUNDESMINISTERIUM DER FINANZEN 2016; GASCHÉ und RAUSCH 2016; KOCHSKÄMPER 2018; BOYSEN-HOGREFE 2015; ARENTZ und ULRICH 2017). Die Ausgabenprofile der GKV zeigen deutlich das Ansteigen der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben mit fortschreitendem Alter (Abb. 3). Würden diese Ausgaben in ihrer Alters- und Geschlechtsabhängigkeit sich über längere Zeit nicht verändern, so wäre allein die Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV für sich verändernde Pro-Kopf-Ausgaben verantwortlich. Da die deutsche Bevölkerung bereits über viele Jahre altert, ist es auch nicht verwunderlich, dass die GKV-Versicherten 2017 im Schnitt älter sind, nämlich 43,8 Jahre, als es im Jahr 1996 mit 39,9 Jahren der Fall war (vgl. Durchschnitts- und Medianalter in Tab. 1).



**Abbildung 3:** Durchschnittliche Leistungsausgaben (ohne Krankengeld) je Alter im Jahr 2017, getrennt nach Männern (M) und Frauen (W). Quelle: BVA (2018), eigene Berechnungen.



Indem man die tatsächlichen Ausgaben der GKV den Ausgaben gegenüberstellt, die sich ergeben hätten, wenn sich nur das Alter der Versicherten, nicht aber die altersspezifischen Gesundheitsausgaben verändert hätten, lässt sich der demographische Effekt in den GKV-Ausgaben separieren (SVWR 2004, S. 325). Hätten 1996 bereits die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgaben (ohne Krankentagegeld) des Jahres 2017 geherrscht, so hätten die Ausgaben pro Versichertem bei 2 472,64 EUR gelegen und wären durch die sich verändernde Altersstruktur im Jahr 2017 auf 2 767,01 EUR pro Versichertem gestiegen. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 0,54% bzw. einem kumulierten Anstieg von 11,9% in zwanzig Jahren. Vergleichbare Werte hatten GASCHÉ und RAUSCH (2016) gefunden. Anders als andere Entwicklungen ist dieser Trend kaum von Volatilität geprägt. Zudem ist die demographische Alterung ein äußerst träger Prozess, der nur auf der Zeitskala von mehreren Jahrzehnten gestaltbar ist (STATISTISCHES BUNDESAMT 2015). Der demographische Beitrag zum Ausgabenanstieg ist damit keineswegs vernachlässigbar. Allerdings schwächte er sich in den letzten Jahren ab, weil in Folge der erhöhten Zuwanderungszahlen eine Verjüngung des GKV-Kollektivs stattfand, wie an leicht rückläufigem Median- und Durchschnittsalter erkennbar ist. BOYSEN-HOGREFE (2019) hat darauf hingewiesen, dass der über viele Jahre beobachtbare demographisch bedingte Beitrag zum Ausgabenanstieg in der GKV jüngst nahe Null lag. Der 21-jährige Mittelwert für den demographischen Beitrag wird dadurch leicht gedrückt.

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Mittelwert	39,93	40,17	40,38	40,58	40,77	41,00	41,25	41,50	41,78	41,96	42,23
Median	37,86	38,24	38,59	38,93	39,29	39,68	40,11	40,57	41,03	41,40	41,86

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mittelwert	42,50	42,74	43,02	43,29	43,50	43,67	43,80	43,89	43,93	43,90	43,82
Median	42,33	42,76	43,23	43,66	44,04	44,34	44,59	44,76	44,84	44,76	44,55

**Table 1:** Durchschnittliches Alter der in der GKV versicherten Personen (VP), Medianalter der GKV-VP. Quelle: BVA (2018), eigene Berechnungen.

## 2.2 Medizinischer Fortschritt

Die Ausgaben der GKV pro Versicherter Person (VP) sind von 1996 bis 2017 jährlich durchschnittlich um 1,41% gewachsen. Zusammen mit dem ausgabendämpfenden Effekt gesetzgeberischer Eingriffe von jährlich 0,31% ergibt sich ein Wachstum von 1,72%. Davon können 1,07% (durchschnittliches Wachstum des Pro-Kopf-BIPs) als Ausdruck des allgemeinen Wirtschaftswachstums gedeutet werden. Des Weiteren sind 0,54% durch die demographische Alterung verursacht. So verbleibt ein Wachstum von 0,11%, dessen Ursache offen bleibt. Diese Größe könnte eventuell höher ausfallen, da die Abschätzung für die Wirkung von Gesundheitsreformen vorsichtig gewählt war.

Ein wesentlicher Effekt, der zur Steigerung von Gesundheitsausgaben beiträgt, ist der medizinisch-technische Fortschritt (BREYER und ULRICH 2000; APPLEBY 2013; SMITH, NEWHOUSE und FREELAND 2009; BRATAN und WYDRA 2013). Innovationen in der Medizin wie neue Therapieverfahren, neue Arzneimittel oder moderne Methoden der Diagnostik gehen in der Regel mit steigenden Kosten einher. Es zeigt sich daher regelmäßig ein Anstieg von medizinischen Kosten, der über den allgemeinen Verbraucherpreisanstieg hinausgeht. Für Deutschland wurde der kostentreibende Effekt des medizinischen Fortschritts in der Vergangenheit auf 1,0% beziffert (BREYER und ULRICH 2000).

Die hier gefundenen 0,11% sind allerdings nur der Saldo aus allen weiteren Faktoren, die die Ausgaben der GKV bestimmen. Es ist also möglich, dass weitere Effekte, wie z.B. eine Veränderung der allgemeinen Gesundheitslage oder ein anderes Nachfrageverhalten seitens der Versicherten, stattgefunden haben.

Das Zusammenspiel von demographischer Alterung und Gesundheitsausgaben ist schon lange ein vielbeachtetes Thema gesundheitsökonomischer Analysen. Klassisch stehen sich zwei Phänomene gegenüber:

1. *Medikalisierung* (Expansion) bezeichnet das Phänomen, dass durch die steigende Lebenserwartung die Jahre, welche in schlechtem Gesundheitszustand verbracht werden, zunehmen (GRUENBERG 1977; VERBRUGGE 1984). Schwere Krankheiten führen in diesem Fall zwar nicht mehr zum Tod, aber die Krankheiten selbst werden nicht geheilt, bzw. ihre Prävalenz geht nicht zurück, sondern nimmt sogar zu. Demnach würde eine steigende Lebenserwartung zu steigenden Gesundheitskosten pro Kopf führen.

2. *Kompression* bezeichnet das Phänomen, dass durch die steigende Lebenserwartung die Gesundheit in einem bestimmten Alter durchschnittlich verbessert (FRIES 1980). Krankheiten werden dann im Laufe der Zeit heilbar bzw. ihre Prävalenz kann gesenkt werden, eventuell bis auf Null. Das würde bedeuten, die Gesundheitsausgaben pro Kopf müssten sinken, wenn nicht andere Faktoren den Effekt verdecken.

Für beide Phänomene können je nach Krankheitsbild Beispiele gefunden werden, eine Dominanz eines der beiden Mechanismen ist allerdings nicht auszumachen (GEYER 2015). Insgesamt wurde für die deutschen Gesundheitsausgaben jedoch eher ein über die allgemeine Inflation hinausgehender Anstieg beobachtet (BREYER, LORENZ und NIEBEL 2015) („monetäre Medikalisierung“) (NIEHAUS 2006).

Eine Identifikation einzelner Beiträge von Medikalisierung oder Kompression ist mit dem hier verfolgten Ansatz nicht möglich.

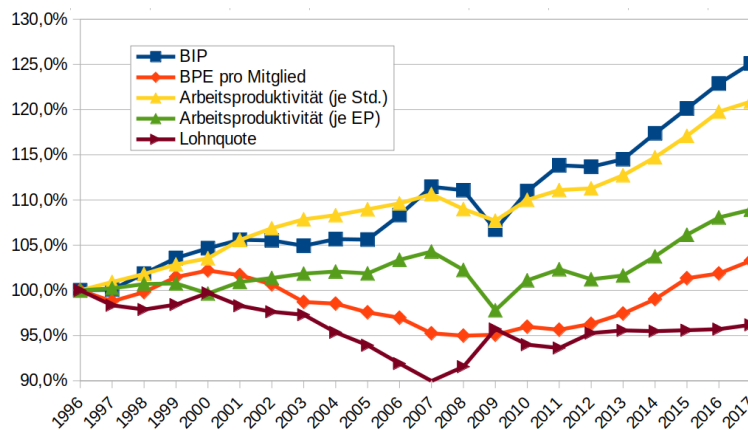
### 3 Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen

Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen (BPE) verzeichnet im Zeitraum von 1996 bis 2017 nur ein durchschnittliches jährliches Wachstum von 0,15% (s. Abb. 4). Die beitragspflichtigen Einkommen bleiben damit stark hinter der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, die beispielsweise durch das Wachstum des BIP (pro Kopf) von jährlich 1,07% oder des BIP je Erwerbsperson von jährlich 0,41% angezeigt wird, zurück (Abb. 4).

#### 3.1 Lohnquote

Im Zeitraum von 1996 bis 2007 ging die Lohnquote (Arbeitnehmerentgelt, Inländer) am BIP von 52,9% auf 47,6% zurück (VGR ARBEITNEHMERENTGELT 2019). Ab 2008 stieg die Lohnquote wieder bis auf 50,4% in 2012 an, verharrte dann bis 2016 bei ungefähr 50,6% und lag in 2017 bei 50,9%.

Allerdings ist der tendentiell geringere Anteil an Entgelten im BIP keine hinreichende Erklärung für die beobachtete Stagnation der BPE, denn sie entspricht nur einem jährlichen Abschlag von 0,19%. Demnach hätten, *ceteris paribus*, die BPE pro Mitglied immer noch um 0,22% jährlich wachsen müssen, wenn sich das allgemeine Produktivitätswachstum (pro Erwerbsperson) von 0,41% in entsprechenden Loh-



**Abbildung 4:** Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes pro Einwohner, des beitragspflichtigen Einkommens (BPE) pro GKV-Mitglied, der Arbeitsproduktivität (je Arbeitsstunde), der Arbeitsproduktivität (je Erwerbsperson, EP) und der Lohnquote (Arbeitsentgelt als Anteil am BIP). Alle Angaben indiziert auf 1996 und inflationsbereinigt mit Verbraucherpreisindex. Quelle: VGR BIP (2019), VGR BEVÖLKERUNG (2018), VGR ARBEITSSTUNDEN (2019), VGR ARBEITNEHMERENTGELT (2019) und VGR PREISINDEX (2019), eigene Berechnungen.

nerhöhungen der GKV-Mitglieder niedergeschlagen hätte. Es haben also weitere für den BPE-Anstieg dämpfende Entwicklungen stattgefunden.

### 3.2 Produktivitätsentwicklung

Für eine Beurteilung der Lohnentwicklung verdient die Entwicklung der Produktivität besondere Aufmerksamkeit. Die Arbeitsproduktivität je Erwerbstätigem (BIP geteilt durch Zahl der Erwerbstätigen) stieg im Beobachtungszeitraum insgesamt um 8,9% bzw. um durchschnittlich 0,41% pro Jahr. Von 1996 bis 2007 stieg die Arbeitsproduktivität leicht an, verzeichnete jedoch im Jahr 2008 und im Jahr 2009 einen starken Rückgang, so dass die Arbeitsproduktivität im Jahr 2009 geringer ausfiel als die im Jahr 1996 (Abb. 4). Dieser Rückgang steht im Zusammenhang mit dem Rückgang der Arbeitslosenquote, welche vor allem Arbeitskräfte mit geringerer Produktivität zurück in Beschäftigung brachte und damit einen dämpfenden Effekt auf die Produktivität ausübte (ELSTNER, FELD und SCHMIDT 2018). Die Zahl der Erwerbstätigen stieg von 1996 bis 2017 um insgesamt 16,5% (jährlich durchschnittlich 0,73%), die Bevölkerung aber nur um 1,5% (jährlich durchschnittlich 0,07%) (VGR BEVÖLKERUNG 2018; SV-

WR 2015, 284, Rn. 591).

Operationalisiert man die Produktivität jedoch als BIP pro Arbeitszeit (Arbeitsstunden der Erwerbstätigen), so ergibt sich ein weniger eindeutiges Bild (Abb. 4). Die Zahl der Arbeitsstunden je Erwerbstätigem sank von 1996 bis 2017 um 9,9% (jährlich durchschnittlich -0,49%) (VGR ARBEITSSTUNDEN 2019). Damit stieg die Stundenproduktivität um 20,9% (jährlich durchschnittlich 0,91%). Zwar ist auch die Stundenproduktivität in den Jahren 2008 und 2009 gesunken, jedoch ist der Rückgang weit weniger ausgeprägt als bei der Produktivität pro Erwerbsperson. Seit 2013 verzeichnet die Stundenproduktivität einen steileren Anstieg als in den Jahren vor 2008.

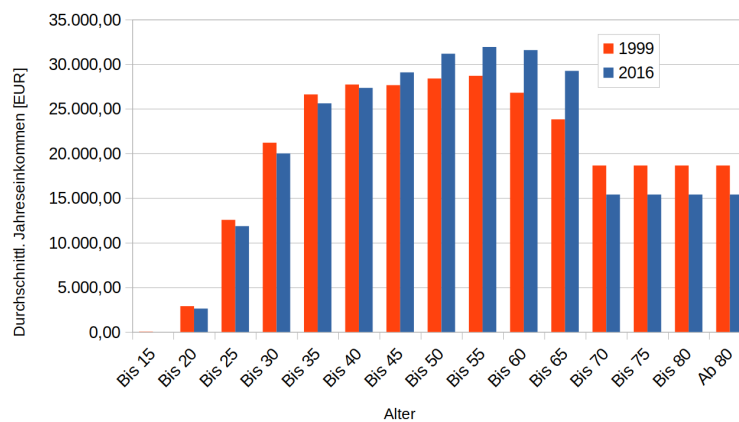
Für das BPE pro GKV-Mitglied ist allerdings entscheidend, wie sich die Löhne (je Mitglied) entwickeln. Das deutliche Wachstum der Stundenproduktivität führt wegen der rückläufigen Zahl an Arbeitsstunden je Erwerbsperson nicht zu einem gleichgroßen Lohnwachstum, denn die Zahl der Erwerbstätigen stieg und die Arbeitslosenquote ging zurück (VGR BEVÖLKERUNG 2018; SVWR 2015, 288, Rn. 599f).

Das BPE pro GKV-Mitglied stieg von 1997 bis 2000 moderat an, ab 2001 bis 2009 ist ein Rückgang zu erkennen, der nach der Finanzkrise endete und in einen sich beschleunigenden Anstieg überging (Abb. 4). Die sehr schwache Entwicklung der BPE bis 2009 macht deutlich, dass die GKV im Zeitraum 1996 bis 2009, ebenso wie andere umlagefinanzierte Sozialversicherungen, eine Einnahmeschwäche aufweist (ROTHGANG, ARNOLD und UNGER 2010; WILLE 2002; ROTHGANG 2011; IAQ 2017; SVWR 2004; ALBRECHT u. a. 2013b). Es ist aber weniger eindeutig, ob sich diese Entwicklung als dauerhaft darstellt. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich der Effekt nach 2009 reduziert hat.

### **3.3 Demographische Effekte auf die Einkommen der GKV-Mitglieder**

Die Entwicklung der BPE hängt neben der allgemeinen Lohnentwicklung auch von der Verteilung der Lohnhöhen auf die Alterskohorten ab, die sich im Zeitverlauf geändert haben kann. Auch ist die Altersverteilung einem Wandel unterworfen, der bei einer anzunehmenden Altersabhängigkeit der Einkünfte indirekt einen Einkommenseffekt auslöst. In ihrer Beitragssatzprojektion haben ARENTZ und ULRICH (2017) eine solche Altersabhängigkeit der Beitragszahlungen berücksichtigt.

Um diese Aspekte einschätzen zu können, wurden für die vorliegende Arbeit Daten



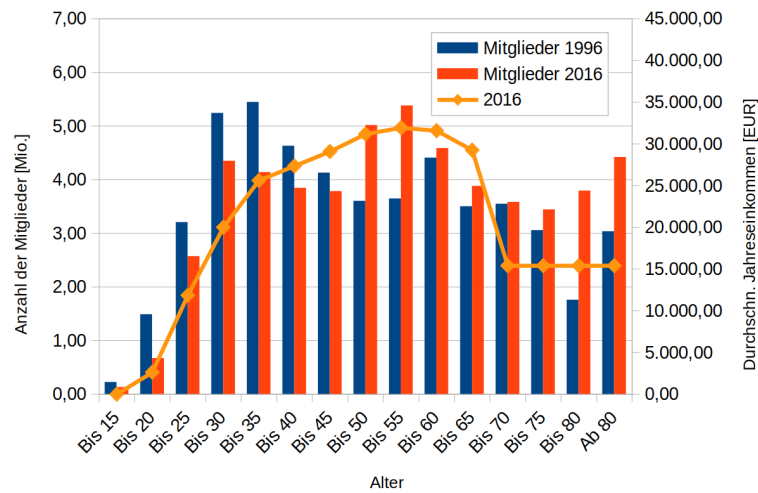
**Abbildung 5:** Entwicklung der altersabhängigen Einkommen der GKV-Mitglieder im Jahr 1999 und 2016 (Preise von 2016). Das Jahr 1999 wurde in der Abbildung betrachtet, weil für frühere Jahre keine getrennten Werte für das BPE von GKV-Mitgliedern im Erwerbsalter und GKV-Mitgliedern im Rentenalter vorliegen. Dies verzerrte das Einkommensprofil für die früheren Jahre. Zu erkennen ist der Rückgang der Alterseinkünfte. Zuwächse entfallen v.a. auf die Kohorten zwischen ab dem Alter 45 bis zum Renteneintritt. Quelle: SOZIO-OEKONOMISCHES PANEL (SOEP) (SOEP v33 2017), VGR PREISINDEX (2019), BMG KJ1 (2017) und BMG KM6 (2016), eigene Berechnungen.

des Sozioökonomischen Panels herangezogen, um die altersspezifischen Lohnhöhen in der GKV zu ermitteln (SOEP v33 2017; GOEBEL u. a. 2018). NIEHAUS (2013) und ARENTZ und ULRICH (2017) hatten ähnliche Ergebnisse auf Basis der Daten der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten.

Hier wurde aus den Lohnhöhen<sup>1</sup> der GKV-Versicherten in der SOEP-Stichprobe ein Lohnprofil ermittelt. Dieses wurde einer Glättung unterzogen. Für die Altersstufen ab 65 wurde eine altersunabhängige Einkunftshöhe veranschlagt. Analog zur Gliederung der GKV-Mitgliederstatistik KM6 wurden die Lohnhöhen für je fünf Altersstufen zusammengefasst. Das so gewonnene Profil wurde umskaliert, damit sich zusammen mit den Mitgliedszahlen der Statistik KM6 die BPE gemäß der GKV Statistik BMG KJ1 (2017) für die Jahre 1996 bis 2006 und gem. SCHÄTZERKREIS BEIM BVA (2017), in den Jahren 2007 bis 2016 ergeben.

Die Entwicklung der Lohnhöhenverteilung der GKV (Abb. 5) zeigt, dass seit 1999

<sup>1</sup>Verwendet wurde das Feld *Individual Labor Earnings* des Datensatzes *pequiv*, vgl. SOZIO-OEKONOMISCHES PANEL (SOEP) (SOEP v33 2017).



**Abbildung 6:** Altersschichtung der GKV-Mitglieder im Jahr 1996 und 2016 (linke Skala) und Lohnprofil im Jahr 2016 (rechte Skala). Die Babyboomer (ca. Geburtsjahrgang 1965) waren im Jahr 1996 etwa 30 Jahre alt. Im Jahr 2016 finden sie sich unter den etwa 50 Jahre alten Mitgliedern. Durch die positive Korrelation von Alter und Lohnhöhe der Erwerbstätigen, hat diese Alterung der Babyboomer einen positiven Effekt auf die BPE. Durch den Eintritt in das Rentenalter (ca. 2025) wird sich der positive demographische Effekt auf die BPE voraussichtlich in einen negativen Effekt umkehren. Quelle: (SOEP v33 2017), VGR PREISINDEX (2019), BMG KJ1 (2017) und BMG KM6 (2016), eigene Berechnungen.

die durchschnittlichen Rentenhöhen der GKV-Mitglieder gesunken sind, wobei ein nominaler Anstieg von einem höheren Inflationstrend aufgezehrt wurde. Reale Steigerungen der Lohnhöhen sind vor allem in den Kohorten ab 45 bis 65 Jahre zu erkennen.

Betrachtet man nun den Verlauf der BPE, welche sich bei den Mitgliederverteilungen von 1996 bis 2016 kombiniert mit der Lohnhöhenverteilung des Jahres 2016 ergeben (Abb. 6), so ist das BPE durchschnittlich jährlich um 0,05% gewachsen. Damit gibt es zwar nur einen kleinen Effekt der demographischen<sup>2</sup> Entwicklung auf die BPE, aber zumindest erhöht dieser Effekt im hier betrachteten Zeitraum die Beitragsbasis. Zurückzuführen ist dies auf die Babyboomer, welche im Beobachtungszeitraum

<sup>2</sup>Strenggenommen geht es hier um die Altersschichtung der GKV-Mitglieder, nicht die der Gesamtbevölkerung. Diese ist nicht nur von der Altersschichtung der Gesamtbevölkerung abhängig, sondern auch von Wechselbewegungen zwischen der GKV und alternativen Absicherungen der Krankheitsrisiken wie z.B. der Privaten Krankenversicherung oder der freien Heilfürsorge und Migrationseffekten (BOYSEN-HOGREFE 2019).

die Altersstufen mit den höchsten durchschnittlichen Jahreseinkommen erreichten. Allerdings wird sich dieser positive demographische Effekt voraussichtlich umkehren, wenn die Geburtskohorten der Babyboomer um das Jahr 2025 das Renteneintrittsalter erreichen werden (WERDING und LÄPPLE 2019).

Neben der Altersverteilung hat sich auch die Altersabhängigkeit der Lohnhöhen im Zeitverlauf geändert, was ebenfalls einen leicht positiven Effekt von 0,11% jährlichem Wachstum auf die Einnahmeseite hat, weil die höchsten Lohnsteigerungen auf die besonders stark besetzten Kohorten entfallen. Die Wirkung der Lohnhöhenverteilung enthält auch die Auswirkungen der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG), welche von 1996 bis 2017 um jährlich durchschnittlich 0,42% angehoben wurde (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) 2019; BMG KM7 2017). Dies liegt sehr nahe am Wert, der sich aus der Produktivitätsentwicklung ergibt (0,41%). Somit ist unwahrscheinlich, dass die Beitragsbemessungsgrenze selbst zu einem von der Produktivitätsentwicklung abweichenden Anstieg der BPE beigetragen hätte. Dies wäre jedoch im Zusammenspiel mit einer sich verändernden Lohnhöhenverteilung denkbar.

Ein weiterer Aspekt ist mit dem Rückgang der Arbeitslosigkeit im hier betrachteten Zeitraum verknüpft. Die monatlichen GKV-Mitgliedsbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) werden auf ein fiktives Einkommen bezogen, welches sich als das 0,2155-fache der monatlichen Bezugsgröße ergibt (§18 SGB IV und §232a Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Für das Jahr 2016 lag damit das BPE der ALG-II-Bezieher rechnerisch bei 7 512,33 Euro<sup>3</sup>. Auf dieses Einkommen wird der reduzierte Beitragssatz von 14,0% zuzüglich dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag angewandt (§§246, 242a SGB V). Den sich ergebenden Beitrag zahlt die Bundesagentur für Arbeit als Krankenversicherungsbeitrag für die jeweiligen ALG-II-Bezieher. Die so erhobenen Beitragsanteile sind jedoch nicht kostendeckend (ALBRECHT u. a. 2017).

Im Zusammenspiel des Rückgangs der Erwerbslosigkeit und der Beitragshöhe der Bezieher von ALG II ergibt sich nun, dass das BPE durch einen Rückgang der ALG-II-Bezieher nur insofern wächst, als das durch Erwerbsarbeit erwirtschaftete Einkommen das fiktive Jahreseinkommen übersteigt. Der Anstieg der Löhne in der VGR wird in diesem Fall also nicht zu einer gleichgroßen Erhöhung der BPE führen.

In die Lohnhöhenverteilung fließt auch das Wechselgeschehen zwischen GKV und PKV ein. Jedoch erlauben die vorliegenden Daten des SOEP keine zuverlässige Ein-

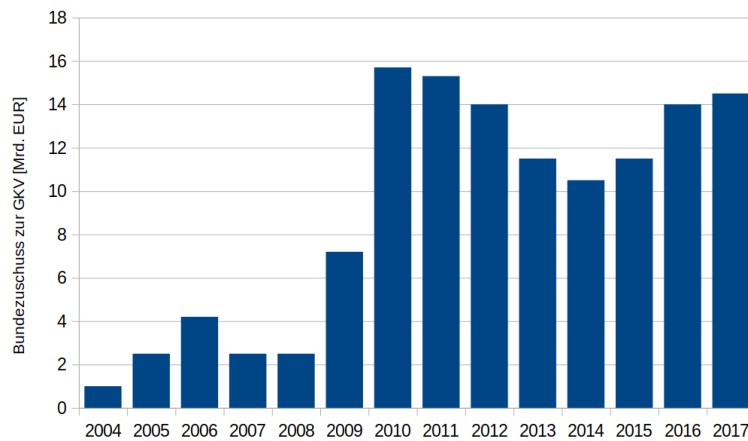
<sup>3</sup>Der Wert für Ostdeutschland lag bei 6 516,72 Euro. Für 2017: 7 693,35 (West) und 6 878,76 (Ost).



schätzung, wie stark dieses Wechselgeschehen über die Lohnhöhenverteilungen nachteilhaft auf die BPE-Entwicklung wirkt, weil die Fallzahlen der Wechsler zu gering sind. Die Wechselbewegungen von GKV zur PKV sind jedoch seit 2001 rückläufig (NEUSIUS, PFEIL und GRAMENZ 2019).

## 4 Weitere Finanzierungsaspekte

Die Finanzierung der GKV ruht in der Praxis nicht ausschließlich auf den Beitragseinnahmen aus Lohneinkommen.



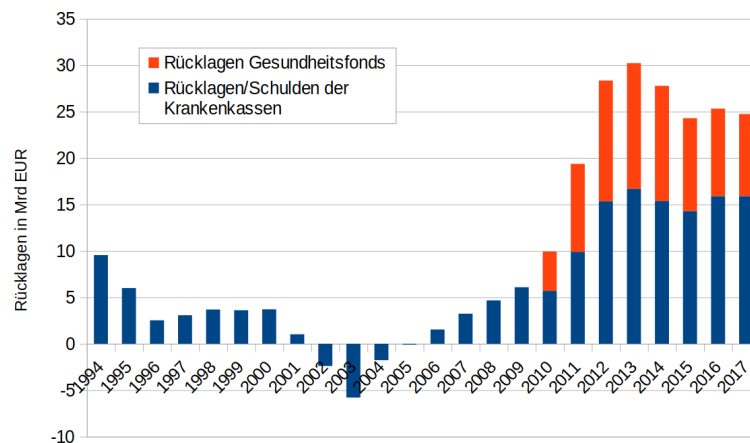
**Abbildung 7:** Zuschuss zur GKV aus Steuermitteln gem. §221 Abs. 1 SGB V zur „pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“. Quelle: BMG KJ1 (2018).

Da die GKV auch sozialpolitisch motivierte Leistungen erbringt, wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 erstmalig ein Zuschuss zur GKV aus Steuermitteln vorgesehen, der gemäß §221 Abs. 1 SGB V der „pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ dient (Abb. 7). Ab dem Jahr 2017 liegt dieser Zuschuss bei jährlich 14,5 Mrd. EUR; eine automatische Anpassung ist im SGB V nicht vorgesehen. Die genaue Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen ist nicht unumstritten (FICHTE 2009), jedoch erübrigt sich eine exakte Operationalisierung, da das SGB V ohnehin eine pauschale Abgeltung vorsieht.

Zudem greift für geringfügig Beschäftigte der allgemeine Beitragssatz nicht; statt-

dessen zahlt der Arbeitgeber 13% des Lohnes (bzw. 5% bei Privathaushalten als Arbeitgeber) nach §249b SGB V.

Von 2004 bis 2012 trat die Praxisgebühr als weitere Finanzierungsquelle hinzu. Das Volumen der durch die Gebühr erzielten Einnahmen lag bei ca. 2 Mrd. Euro jährlich (BT-Drs. 17/8774). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Lage urteilte in seinem Jahresgutachten 2012/13, die Gebühr habe die in sie gesetzten Erwartungen zur Lenkung der Versicherten nicht im gewünschten Ausmaß erfüllt, wenngleich er sich für eine Weiterentwicklung anstatt einer Abschaffung der Praxisgebühr aussprach (SVWR 2012, 352, Rn. 594). Bei der hier durchgeführten Analyse der GKV-Ausgaben für die ärztliche Behandlung konnte dennoch sowohl die Einführung als auch die Abschaffung der Praxisgebühr als ein mutmaßlicher Treiber der sichtbaren Dynamik identifiziert werden (Abb. 2).



**Abbildung 8:** Rücklagen der GKV und des Gesundheitsfonds. Quelle: BMG KJ1 (2018), SCHÄTZERKREIS BEIM BVA (2017) und SCHÄTZERKREIS BEIM BVA (2018).

Der Beitragssatz der GKV ergibt sich nicht direkt als Quotient der (zu erwartenden) Ausgaben und der Grundlohn- und Rentensumme, weil der Gesundheitsfonds durch die Liquiditätsreserve für einen intertemporalen Ausgleich kurzfristiger Schwankungen sorgt und jedes Jahr neben den Beitragseinnahmen den Steuerzuschuss vereinnahmt. Zusammen mit den Rücklagen einzelner Krankenkassen ist es damit möglich, den Beitragssatz bei schwankenden Einnahmen und Ausgaben zu stabilisieren (vgl. Abb. 8).

## 5 Ideen zur Reform der GKV-Finanzierung

Die schwache Entwicklung der BPE war wesentlicher Anlass, das Finanzierungsmodell der GKV zu hinterfragen. Unter dem bereits angesprochenen Stichwort einer *strukturellen Einnahmeschwäche* wurde und wird gefordert, weitere Einkommensteile zu verbeitragen und die Beitragsbemessungsgrenze heraufzusetzen (ROTHGANG und DOMHOFF 2017).

Allerdings sind die Handlungsspielräume im bestehenden dualen Krankenversicherungssystem insofern beschränkt, als eine höhere Beitragsbelastung zu einer Verdrängung von Versicherten der GKV in Richtung der PKV führen könnte (ALBRECHT u. a. 2013a). Einen Weg, diese unerwünschte Konsequenz zu vermeiden, bieten verschiedene Reformkonzepte, die unter dem Begriff *Bürgerversicherung* von den politischen Parteien aufgegriffen wurden (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2017; DIE LINKE 2017; SOZIALDEMOKRATISCHE PARTEI DEUTSCHLANDS 2017). Gemeinsam ist diesen Konzepten ein Ende der Möglichkeit, eine substitutive Krankenversicherung<sup>4</sup> (gem. §146 VAG) außerhalb des Sozialversicherungssystems abzuschließen, und eine Verbreiterung der Einnahmehasis durch eine Anhebung oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Teilweise sollen auch weitere Einkunftsarten in die Beitragspflicht einbezogen werden (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2017; DIE LINKE 2017). Beim Umgang mit bestehenden privaten Versicherungsverhältnissen unterscheiden sich die Ansätze.

Die finanziellen Auswirkungen einer Bürgerversicherung sind jedoch vielfältig und hängen von den Einzelheiten einer Einführung ab. Eine Anhebung oder Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze wird die Grundlohn- und Rentensumme steigern. Die Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Beitragserhebung erscheint vor allem vorteilhaft, um Veränderungen in der Lohnquote zu kompensieren, die allerdings seit 2009 auf konstantem Niveau verharrt (vgl. Abb. 4). Die gedämpfte Entwicklung der Lohn-einkommen scheint seit 2009 überwunden zu sein, die Effekte des Abbaus der hohen Arbeitslosenquote in den 90er und 2000er Jahren auf die Arbeitsproduktivität pro Erwerbperson sind in den letzten Jahren nicht mehr auszumachen.

Der absehbare Rückgang der BPE durch die demographische Entwicklung, konkret der Übergang der geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand, ist jedoch eine Konsequenz aus dem Zusammentreffen der Demografie mit dem umlagefinanzierten und lohnabhängigen Beitragssystem. Die vorliegenden Vorschläge zur Bürgerversicherung

<sup>4</sup>D.h. eine private Krankenversicherung.

verbreitern durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze einmalig die Finanzierungsgrundlage, wirken der demographisch bedingten Einnahmeerrosion aber nicht grundsätzlich entgegen und vergrößern die Auswirkungen demographischer Entwicklungen auf die GKV langfristig (BREYER 2015; BREYER 2016; RÜRUP-KOMMISSION 2003, S.180).

Einen anderen Ansatz vertritt der Sachverständigenrat Wirtschaft. Er macht sich schon seit vielen Jahren für eine Umstellung auf ein Beitragssystem stark, bei dem die Beitragshöhe nicht an das Lohn Einkommen gekoppelt ist („Bürgerpauschale mit integriertem Sozialausgleich“) (SVRW - SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG 2017). Dabei soll grundsätzlich die Beitragshöhe lohnunabhängig<sup>5</sup> festgesetzt sein. Ein Einkommensausgleich innerhalb der GKV entfielen und würde in das Steuersystem verwiesen. Um sicherzustellen, dass auch Versicherte mit niedrigem Einkommen nicht von einem zu hohen kassenabhängigen Beitrag überfordert werden, müsste ein Solidarausgleich aus Steuermitteln die Bürgerpauschale begleiten (SVWR 2012, S.360). Dieser Vorschlag würde die Problematik der Konjunktur- und Demographieabhängigkeit der GKV-Einnahmen beseitigen. Allerdings würden sich die Entwicklung der Einkommen indirekt im Umfang des steuerfinanzierten Solidarausgleiches niederschlagen.

Der Vorschlag des Sachverständigenrats würde die GKV-Einnahmen von sachfremden Entwicklungen entkoppeln und den grundsätzlich versicherungsfremden Einkommensausgleich auslagern. Er ist in Deutschland im politischen Diskurs jedoch kaum noch zu vernehmen, nachdem die Unionsparteien damit schlechte Erinnerungen an den Bundestagswahlkampf 2005 verbinden.

Reformvorschläge wie die Idee einer Bürgerversicherung oder eines lohnunabhängigen Beitrags lenken die Aufmerksamkeit der Akteure auf die Einnahmeseite. Dies begünstigt jedoch eine Sicht, die die Finanzentwicklung der GKV ausschließlich als Finanzierungsproblem betrachtet und Ausgabenrisiken als nachrangig einstuft.

## 6 Fazit

Die hier vorgestellten Analysen verdeutlichen, dass die Finanzentwicklung der GKV im Zeitraum 1996 bis 2017 an verschiedenen Stellen mit ungünstigen Entwicklungen

---

<sup>5</sup>Jedoch unterschiedlich für die einzelnen Krankenkassen.

konfrontiert war. Die beitragspflichtigen Einkommen der GKV blieben von 1996 bis 2009 hinter dem allgemeinen Wirtschaftswachstum zurück. Seit 2009 ist jedoch wieder ein Wachstum der BPE erkennbar. Die Beobachtung einer „strukturellen Einnahmeschwäche“ ist für den Zeitraum bis 2009 daher klar sichtbar. Die Beobachtungen sprechen jedoch dafür, dass sich dieser Effekt seit 2009 deutlich verkleinert hat.

Einen nachteiligen demographischen Effekt auf die Einnahmen im Zeitraum 1996 bis 2017 konnte diese Analyse nicht belegen. Die Abschätzungen zum Zusammenhang von Alter und Einkommenshöhe sprechen eher dafür, dass die BPE sich aufgrund gut besetzter Alterskohorten mit hohen Löhnen und hohen Lohnzuwächsen eher günstig oder zumindest neutral entwickelt haben. Die geburtenstarken Jahrgänge nähern sich nun jedoch dem Ruhestand, weswegen die demographische Entwicklung in den nächsten Jahren auch auf der Seite der Beiträge die Finanzierung der GKV belasten dürfte.

Die GKV-Ausgaben stiegen im Zeitraum 1996 bis 2017 stärker an, als es allein aufgrund des allgemeinen Wirtschaftswachstums erwartbar gewesen wäre. Besondere Bedeutung kommt dabei dem demographischen Wandel zu, der mit 0,54% durchschnittlichem jährlichen Wachstum wesentlich zu einem Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben der GKV beigetragen hat.

Die Bedeutung anderer Kostentreiber ist deutlich schwieriger auszumachen. Insbesondere konnte hier der medizinisch-technische Fortschritt nur indirekt abgeschätzt werden. Ihm konnten hier 0,11%-Punkte des jährlichen Wachstums zugerechnet werden. Gesetzgeberische Eingriffe mit einem Ausgabeneffekt von (mindestens) jährlich durchschnittlich -0,33% haben jedoch zu einer Kostendämpfung geführt, die die Kostensteigerungen durch medizinische Innovationen mehr als ausgeglichen haben. Die Abschätzung dieser Einflüsse ist allerdings mit Unsicherheiten behaftet als Folge von Wechselwirkung mit anderen Einflüssen, die im Rahmen dieser Untersuchung nicht geeignet erfasst werden konnten.

In Anbetracht der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung kann die zukünftige Finanzierung der GKV nicht allein oder primär als ein Problem der Einnahmenseite begriffen werden. Die besondere Einnahmeschwäche der GKV mag sogar ein vorübergehendes Phänomen der Jahre bis 2009 gewesen sein, das sich zunehmend abschwächt. Die Einnahmeentwicklung wird absehbar vom Übergang der Babyboomer-Generation in den Ruhestand belastet werden. Dies ist jedoch eine Konsequenz aus der demographischen Alterung in einem umlagefinanzierten und lohnabhängigen Beitragssystem.

Die Analyse der Jahre 1996 bis 2017 legt nahe, dass die Entwicklung der Ausgaben von Effekten bestimmt wird, die auch zukünftig zu einem Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben beitragen werden. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von Szenariorechnungen, welche einerseits die demographische Dynamik der Leistungsausgaben offenlegen und andererseits auf ihre besondere Sensibilität bezüglich des medizinisch-technischen Fortschritts hinweisen (BROUWERS u. a. 2018a; BUNDESMINISTERIUM DER FINANZEN 2016; WERDING und LÄPPLE 2019). Der Ausgabenanstieg der GKV vollzieht sich zudem parallel zum Anstieg der Leistungen der anderen Sozialversicherungszweige, insbesondere in Pflege- und Rentenversicherung. Daher erscheint der Spielraum, dem Ausgabenanstieg allein durch höhere Beitragsbelastung entgegenzuwirken, begrenzt (BROUWERS u. a. 2018b). WERDING und LÄPPLE (2019, S.36f) stellt fest, dass in diesem Fall „die Beitragssätze in den nächsten Jahren und Jahrzehnten aber enorm erhöht werden [müssten], sodass mit ungünstigen Rückwirkungen auf Arbeitsmarkt und Wirtschaftswachstum zu rechnen wäre.“

Die politische Diskussion nährt jedoch die Hoffnung, es handele sich bei der GKV vor allem um ein Einnahmenproblem, dass durch eine Reform der Einnahmeseite abschließend gelöst werden könne (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2017, S.202). Die Fokussierung auf die Einnahmenseite, welche als Folge der Diskussion der *strukturellen Einnahmeschwäche* und der *Bürgerversicherung* zu beobachten ist, trägt zu einer Unterschätzung der ungünstigen Entwicklungen der Ausgabenseite und den nachteiligen Auswirkungen der demographischen Dynamik bei.

## Literatur

- ALBRECHT, Martin, Monike SANDER, Guido SCHIFFHORST, Stefan LOOS, Jurriaan ANIJS und Bert RÜRUP (2013a), *Gerecht, nachhaltig, effizient. Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung*, Bertelsmann Stiftung.
- (2013b), *Gerecht, nachhaltig, effizient. Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung. Zusammenfassung der Ergebnisse*, Bertelsmann Stiftung.
- ALBRECHT, Martin, Jean DIETZEL, Richard OCHMANN und Guido 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*, Techn. Ber., Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin: IGES.
- APPLEBY, John (2013), *Spending on health and social care over the next 50 years. Why think long term?*, London: The King's Fund.
- ARENTZ, Christine und Volker ULRICH (2017), *Entwicklung des GKV-Beitragsatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060)*, Universität Bayreuth – Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere 4.
- BMG KJ1 (2017), *Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2016*, online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1\\_2016.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2016.pdf) (zuletzt besucht am 20.02.2018).
- (2018), *Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2017*, online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1\\_2017.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2017.pdf) (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- BMG KM6 (2016), *Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli des jeweiligen Jahres)*, online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM6\\_2016.xls](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM6_2016.xls) (zuletzt besucht am 20.02.2018).
- BMG KM7 (2017), *Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli des jeweiligen Jahres)*, online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM6\\_2017.xlsx](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM6_2017.xlsx) (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- BOYSEN-HOGREFE, Jens (2015), Steigende Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eintagsfliege oder Dauerbrenner?, in: *Kiel Policy Brief*, (98).
- (2019), Gesetzlichen Krankenversicherung: Pause beim Ausgabenanstieg durch Alterung, in: *Kiel Policy Brief*, (121).
- BRATAN, Tanja und Sven WYDRA (2013), *Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Quelle für Kostensteigerungen oder Chance für Kostensenkungen?*, Arbeitsbericht 157, Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag.
- BREYER, Friedrich (2015), Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, **16**(3), S. 215–30, DOI: 10.1515/pwp-2015-0016.

- BREYER, Friedrich (2016), Die Zukunft der Pflegeversicherung in Deutschland: Umlage und Kapitaldeckung, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, **105**(5), S. 445–461.
- BREYER, Friedrich, Normann LORENZ und Thomas NIEBEL (2015), Health care expenditures and longevity: is there a Eubie Blake effect?, in: *The European Journal of Health Economics*, **16**(1), S. 95–112, DOI: 10.1007/s10198-014-0564-x.
- BREYER, Friedrich und Volker ULRICH (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, **220**(1), S. 1–17.
- BROUWERS, Ralph u. a. (2018a), *Auswirkungen demografischer Effekte auf die Krankenversicherung*, Ergebnisbericht, Köln: Deutsche Aktuarvereinigung – Ausschuss Krankenversicherung.
- BROUWERS, Ralph, Alexander KRAUSKOPF, Thomas NEUSIUS und Christoph NELL (2018b), Demografische Effekte in der Krankenversicherung, in: *Der Aktuar*, **24**(2), S. 71–80.
- BUNDESMINISTERIUM DER FINANZEN, Hrsg. (2016), *Vierter Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen*, Bundesministerium der Finanzen.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2019), *Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln*, online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/KF2019Bund\\_Maerz\\_2019.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/KF2019Bund_Maerz_2019.pdf) (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2017), *Zukunft wird aus Mut gemacht*, online verfügbar unter: [https://www.gruene.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/BUENDNIS\\_90\\_DIE\\_GRUENEN\\_Bundestagswahlprogramm\\_2017.pdf](https://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BUENDNIS_90_DIE_GRUENEN_Bundestagswahlprogramm_2017.pdf) (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- BVA (2018), *GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2017 (Stand: 07.11.2018)*, online verfügbar unter: [https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Info-Dateien%20und%20Auswertungen/20181108GKV\\_Altersausgabenprofile\\_1996-2017.xlsx](https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Info-Dateien%20und%20Auswertungen/20181108GKV_Altersausgabenprofile_1996-2017.xlsx) (zuletzt besucht am 03.03.2019).
- DEUTSCHE BUNDESBANK (2004), Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Monatsbericht*, **56**(7), S. 15–32.
- (2014), Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und Herausforderungen für die Zukunft, in: *Monatsbericht*, **66**(7), S. 31–70.



- DEUTSCHE BUNDESREGIERUNG (2012), *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/8646 – Praxisgebühr und Arzt-Patient-Kontakte*, BT-Drs. 17/8774.
- DIE LINKE (2017), *Die Zukunft, für die wir kämpfen!*, online verfügbar unter: [https://www.die-linke.de/fileadmin/download/wahlen2017/wahlprogramm2017/die\\_linke\\_wahlprogramm\\_2017.pdf](https://www.die-linke.de/fileadmin/download/wahlen2017/wahlprogramm2017/die_linke_wahlprogramm_2017.pdf) (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- ELSTNER, Steffen, Lars P. FELD und Christoph M. SCHMIDT (2018), The German Productivity Paradox – Facts and Explanations, in: *cesifo Working Papers*, (7231).
- FICHTE, Damian (2009), *Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung*, hrsg. von KARL-BRÄUER-INSTITUT, KBI-Schrift 106, Berlin.
- FRIES, James F. (1980), Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity, in: *New England J. Med.* **303**(3), S. 130–135.
- GASCHE, Martin und Johannes RAUSCH (2016), Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung - Projektionen und Determinanten, in: *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, **65**(3), S. 195–238, DOI: 10.1515/zfwp-2016-0016.
- GEYER, S. (2015), Die Morbiditätskompressionsthese und ihre Alternativen, in: *Gesundheitswesen*, **77**(06), S. 442–446, DOI: 10.1055/s-0034-1387781.
- GOEBEL, Jan, Markus M. GRABKA, Stefan LIEBIG, Martin KROH, David RICHTER, Carsten SCHRÖDER und Jürgen SCHUPP (2018), The German Socio-Economic Panel Study (SOEP), in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, DOI: 10.1515/jbnst-2018-0022.
- GRUENBERG, Ernest M. (1977), The failures of success, in: *Milbank Q.* **55**(1), S. 3–24, DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00400.x.
- HEUER, Joachim (2016), *Placebo oder Wunderpille? Wie die Praxisgebühr Patientenverhalten und Verordnungsmuster veränderte*, ZI-Paper 8, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.
- IAQ (2017), *Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigem Einkommen 1995 - 2016*, Kommentierte Infografik, online verfügbar unter: [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf) (zuletzt besucht am 21.02.2018).

- KOCHSKÄMPER, Susanna (2018), Der demografische Wandel als Herausforderung für die umlagefinanzierte Kranken- und Pflegeversicherung, in: *List Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik*, **43**(4), S. 445–460.
- NEUSIUS, Thomas, Leonie PFEIL und Antonia GRAMENZ (2019), Jenseits der Vollversicherung, in: *Zeitschrift für Versicherungswesen*, **70**(6), S. 180–184.
- NIEHAUS, Frank (2006), *Alter und steigende Lebenserwartung - Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben*, Köln: WIP.
- (2013), *Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung?*, Study, Bertelsmann Stiftung.
- ROTHGANG, Heinz (2011), Reformoptionen und Reformsackgassen, in: *Wirtschaftsdienst*, **91**(10), S. 659–663, DOI: 10.1007/s10273-011-1282-y.
- ROTHGANG, Heinz, Robert ARNOLD und Rainer UNGER (2010), Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Bürgerversicherung als Alternative zu den aktuellen Regierungsplänen, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, **10**(4), S. 27–35.
- ROTHGANG, Karl-Heinz und Dominik DOMHOFF (2017), *Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“*, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Die LINKE, Rosa-Luxemburg-Stiftung.
- RÜRUP, Bert, IGES, DIW und Eberhard WILLE (2009), *Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland*, Abschlussbericht, Berlin: Bundesministerium der Finanzen.
- RÜRUP-KOMMISSION (2003), *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*, Bericht, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- SCHÄTZERKREIS BEIM BVA, Hrsg. (2017), *Schätztableau des GKV-Schätzerkreises, Schätzung vom 12. Oktober 2017. Stand: 13.10.2017*, online verfügbar unter: [https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20171013\\_Schaetztableau\\_2018\\_BMG\\_BVA.pdf](https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20171013_Schaetztableau_2018_BMG_BVA.pdf) (zuletzt besucht am 18.02.2018).
- Hrsg. (2018), *Schätztableau des GKV-Schätzerkreises, Schätzung vom 10./11.10.2018. Stand: 16.10.2018*, online verfügbar unter: [https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20181016Schaetztableau\\_2018\\_19.pdf](https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20181016Schaetztableau_2018_19.pdf) (zuletzt besucht am 03.04.2019).

- SMITH, Sheila, Joseph P. NEWHOUSE und Mark S. FREELAND (2009), *Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?*, in: *Health Affairs*, **28**(5), S. 1276–1284, DOI: 10.1377/hlthaff.28.5.1276.
- SOZIALDEMOKRATISCHE PARTEI DEUTSCHLANDS (2017), *Zeit für mehr Gerechtigkeit*, online verfügbar unter: [https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Bundesparteitag\\_2017/Es\\_ist\\_Zeit\\_fuer\\_mehr\\_Gerechtigkeit-Unser\\_Regierungsprogramm.pdf](https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Bundesparteitag_2017/Es_ist_Zeit_fuer_mehr_Gerechtigkeit-Unser_Regierungsprogramm.pdf) (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- SOZIO-OEKONOMISCHES PANEL (SOEP) (2017), *Daten für die Jahre 1984-2016, Version 33*.
- STAHMEYER, Jona T., Siegfried GEYER, Jelena EPPING, Juliane TETZLAFF und Sveja EBERHARD (2018), *Gesundheitsausgabenentwicklung und der Einfluss des demografischen Wandels*, in: *Bundesgesundheitsblatt*, **61**(4), S. 432–441, DOI: 10.1007/s00103-018-2713-3.
- STATISTISCHES BUNDESAMT, Hrsg. (2015), *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf> (zuletzt besucht am 14.01.2018).
- SVRW - SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG (1997), *Wachstum, Beschäftigung, Währungsunion – Orientierung für die Zukunft – Jahresgutachten 1997/98*, (=BT-Drs. 13/9090), Stuttgart: Metzler-Poeschl.
- (1998), *Vor weitreichenden Entscheidungen – Jahresgutachten 1998/99*, (=BT-Drs. 14/73), Stuttgart: Metzler-Poeschl.
- (2004), *Erfolge im Ausland, Herausforderungen im Inland – Jahresgutachten 2004/05*, online verfügbar unter: [https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/04\\_gesa.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/04_gesa.pdf) (zuletzt besucht am 15.08.2018).
- (2012), *Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland – Jahresgutachten 2012/13*, online verfügbar unter: [https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/ga201213/ga12\\_ges.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/ga201213/ga12_ges.pdf) (zuletzt besucht am 23.08.2018).
- (2013), *Gegen eine rückwärtsgewandte Wirtschaftspolitik – Jahresgutachten 2013/14*, online verfügbar unter: [https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201314/JG13\\_Ges.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201314/JG13_Ges.pdf) (zuletzt besucht am 15.08.2018).

- (2015), *Zukunftsfähigkeit in den Mittelpunkt – Jahresgutachten 2015/16*, online verfügbar unter: [https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201516/wirtschafts-gutachten/jg15\\_ges.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201516/wirtschafts-gutachten/jg15_ges.pdf) (zuletzt besucht am 23.08.2018).
- SVRW - SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG (2017), *Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik – Jahresgutachten 2017/18*, online verfügbar unter: [https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201718/JG2017-18\\_gesamt\\_Website.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201718/JG2017-18_gesamt_Website.pdf) (zuletzt besucht am 12.09.2018).
- VERBRUGGE, Lois M. (1984), Longer Life but Worsening Health?, in: *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, **62**(3), S. 475–519.
- VGR ARBEITNEHMERENTGELT (2019), *Arbeitnehmerentgelt, Löhne und Gehälter (Inländerkonzept)*, Genesis 81000-0007, online verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/> (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- VGR ARBEITSSTUNDEN (2019), *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung des Bundes - Arbeitsstunden*, Genesis 81000-0114, online verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/> (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- VGR BEVÖLKERUNG (2018), *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung des Bundes - Bevölkerung, Erwerbstätigkeit*, Genesis 81000-0011, online verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/> (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- VGR BIP (2019), *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung des Bundes - Bruttowertschöpfung, Bruttoinlandsprodukt*, Genesis 81000-0001, online verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/> (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- VGR PREISINDEX (2019), *Verbraucherpreisindex (inkl. Veränderungsraten)*, Genesis 61111-0001, online verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/> (zuletzt besucht am 03.04.2019).
- WERDING, Martin (2016), *Modellrechnungen für den vierten Tragfähigkeitsbericht*, Techn. Ber. 20, Köln: FiFo.
- WERDING, Martin und Benjamin LÄPPLE (2019), *Wie variabel ist der demografische Alterungsprozess?*, Kurzstudie, Bertelsmann-Stiftung.
- WILLE, Eberhard (2002), Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, **2**(3), S. 7–14.