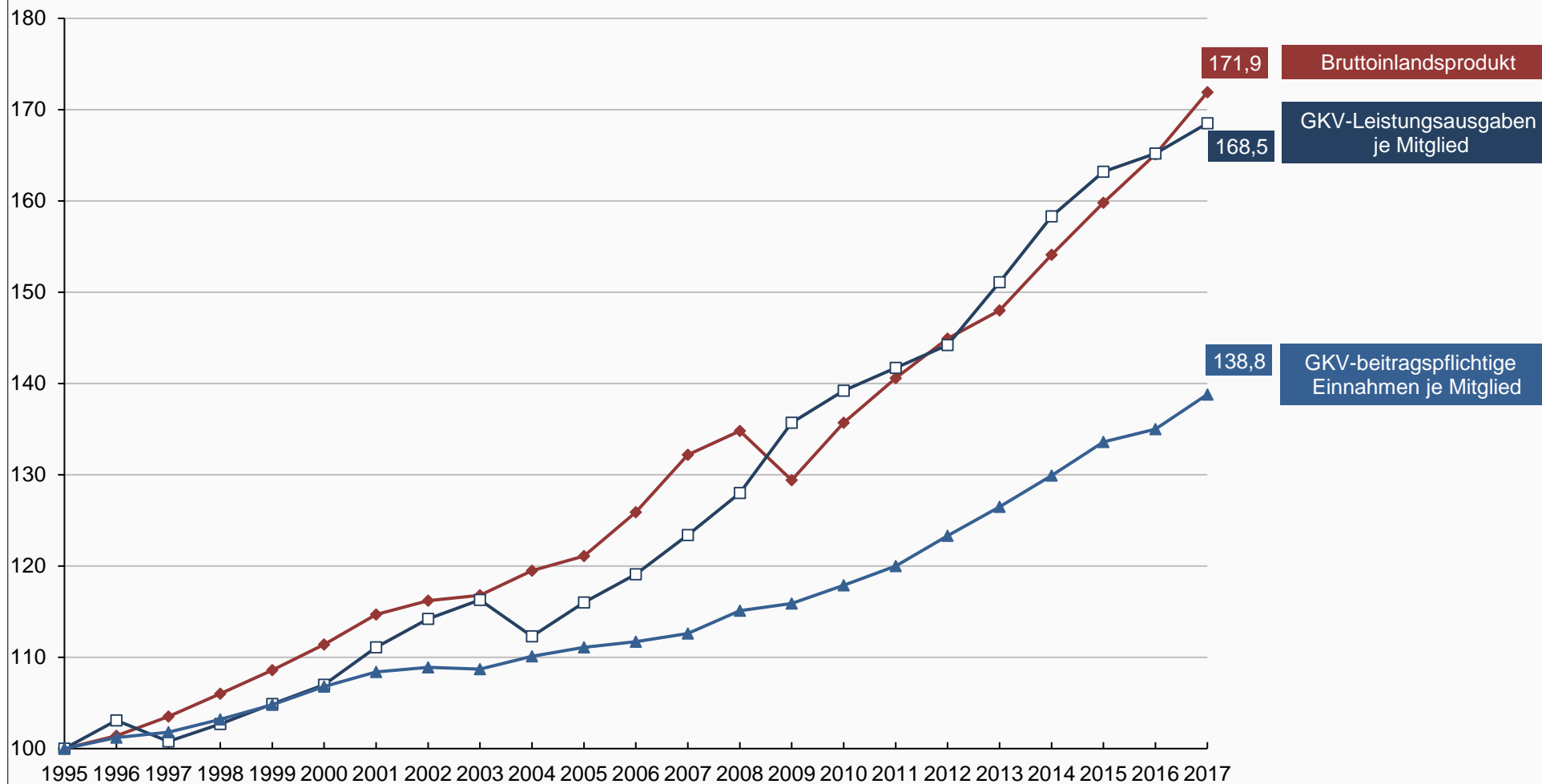


■ Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtige Einnahmen 1995 - 2017 je Mitglied, Index: 1995 = 100



Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesministerium für Gesundheit (zuletzt 2018), Daten des Gesundheitswesens.- Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln

GKV: Keine Kostenexplosion, sondern strukturelle Einnahmeschwäche

Kurz gefasst

- Bei der Betrachtung der Ausgabenentwicklung der GKV im Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes (BIP) wird ersichtlich, dass der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP im Zeitverlauf weitgehend konstant geblieben ist. Zwischen 1995 und 2017 haben die Leistungsausgaben je Mitglied um 68,5 % und das BIP um 71,9 % zugenommen. Eine rasante, über das Wachstum der Volkswirtschaft hinaus reichende „Ausgabenexplosion“ lässt sich danach nicht erkennen.
- Die in den zurückliegenden Jahren immer wieder auftretenden Finanzierungsprobleme in der Gesetzlichen Krankenversicherung erweisen sich eher als Folge einer hinter dem Anstieg des Sozialprodukts zurück bleibenden Entwicklung der Finanzierungsbasis der GKV. Als Finanzierungsbasis dienen die versicherungspflichtigen Entgelte der Arbeitnehmer sowie die Renten, denn Arbeitsentgelte und Renten stellen – begrenzt durch die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze - die Bemessungsgrundlage für die Beiträge dar.
- Die Abbildung bestätigt die Annahme einer strukturellen Einnahmeschwäche der GKV. Die Indexdarstellung zeigt, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied sich seit 1995 nur um 38,8 % erhöht haben, also weit hinter der Zuwachsrate der Leistungsausgaben und des Sozialprodukts zurück geblieben sind. Ursächlich dafür sind das Absinken der Lohnquote (Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen), die schwachen Erhöhungen der Renten sowie die Zunahme von Beschäftigungsverhältnissen mit einem niedrigen Einkommen.
- Derzeit liegt der allgemeine (paritätisch finanzierte) Beitragssatz bei 14,6 %. Ausgaben der Kassen, die die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds übersteigen, werden durch einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag finanziert, den bisher allein die Versicherten zahlen. Mit einem aktuellen Gesetzesvorhaben plant die Bundesregierung, ab dem Jahr 2019 alle Beiträge zur GKV paritätisch finanzieren zu lassen, sodass die Zusatzbeiträge gleichermaßen von Arbeitgebern und Beschäftigten getragen werden (siehe unten).

Hintergrund

Die Leistungsausgaben der GKV sind von rund 134 Mrd. Euro im Jahr 2000 auf etwa 230 Mrd. Euro im Jahr 2017 angestiegen ([vgl. Tabelle VI.20](#)). Zugleich haben sich die Beitragssätze von 13,2 % im Jahr 1995 auf 14,6 % im Jahr 2017 erhöht. Hinzu kommt ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag von 1,1 % (2017), den allein die Versicherten zu tragen haben. Vordergründig erscheint es naheliegend, vor allem die gestiegenen Ausgaben für die Beitragssatzerhöhungen verantwortlich zu machen. Wird jedoch die Ausgabenentwicklung der GKV ins Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes gesetzt, dann zeigt sich, dass der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP im Zeitverlauf weitgehend konstant geblieben ist. Zwischen 1995 und 2017 haben die Leistungsausgaben je Mitglied um 68,5 % und das BIP um 71,9 % zugenommen. Der Anstieg der

Beitragsätze ist demnach keine Folge einer über das Wachstum der Volkswirtschaft hinaus reichende „Kostenexplosion“ der gesetzlichen Krankenversicherungen, sondern erweist sich eher als Folge einer hinter dem Anstieg des Sozialprodukts zurück bleibenden Entwicklung der Finanzierungsbasis der GKV.

Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bestätigt die Annahme einer strukturellen Einnahmeschwäche der GKV. Diese sind seit 1995 gerade einmal um 38,8 % angestiegen und damit weit hinter der Zuwachsrates der Leistungsausgaben und des Sozialprodukts zurück geblieben. Ursächlich dafür sind das Absinken der Lohnquote (Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen vgl. [Tabelle II.2](#) und [Abbildung III.1](#)), die schwachen Erhöhungen der Renten sowie die Zunahme von Beschäftigungsverhältnissen mit einem niedrigen Einkommen (als Folge vor allem von Niedriglöhnen und Teilzeitarbeit).

Ein grundlegendes Konstruktionsproblem der GKV stellt ihre primäre Finanzierung über Arbeitseinkommen und Renten im Rahmen der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) und der Versicherungspflichtgrenze (VPG) dar: Damit entfallen Einkommensbestandteile oberhalb der BBG, Personen mit Einkommen oberhalb der VPG sowie Einkommen aus Gewinn und Vermögen als Finanzierungsquellen. Der Solidarausgleich (zwischen Kranken und Gesunden, ungleichen Einkommen, Ledigen/Kinderlosen und Verheirateten/Familien mit Kindern, jung und alt) vollzieht sich im Wesentlichen innerhalb des Kreises der Personengruppen mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Durch diese Finanzierungsbasis der GKV ist die mittelfristig notwendige Finanzausstattung der Krankenkassen bzw. des Gesundheitsfonds – aufgrund unterschiedlicher Annahmen über die zukünftige konjunkturelle Entwicklung – schwerlich prognostizierbar. In den letzten Jahren ist es aufgrund des günstigen Konjunkturverlaufs und wachsender Beschäftigtenzahlen (vgl. [Abbildung IV.24](#)) zu Überschüssen beim Gesundheitsfonds gekommen.

Versuche der Politik die Einnahmeschwäche der GKV auszugleichen bestanden lange Zeit - neben Versuchen der Ausgabenreduzierung - in der Anhebung der Krankversicherungsbeiträge (letztmalig 2011 stieg der Beitragssatz von 14,9% auf 15,5%). Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 (vgl. [Neuregelungen Krankenversicherung Beschlussfassung 2013](#)) wurden Zuzahlungsregelungen und schließlich erstmals ein Bundeszuschuss eingeführt. Zuvor war die GKV – im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung - ausschließlich beitragsfinanziert. Dieser Bundeszuschuss zur GKV (bzw. seit 2009 zum Gesundheitsfonds) war explizit zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen (insbesondere die kostenfreie Mitversicherung von Familienangehörigen) bestimmt.

Unter der politischen Vorgabe nicht mehr steigender Arbeitgeberbeiträge wurde 2005 vom Prinzip der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber abgewichen und ein Sonderbeitrag (0,9%) der Arbeitnehmer eingeführt. Hintergrund war die Auffassung, dass steigende Beiträge die Lohnnebenkosten der Unternehmen erhöhen, den Faktor Arbeit verteuern, die internationale Wettbewerbsfähigkeit gefährden und letztlich Arbeitsplätze vernichten. Die Arbeitskostenerhebungen des Statistischen Bundesamtes machen allerdings deutlich, dass die Befürchtungen über die ökonomischen Negativwirkungen der Lohnnebenkosten weit überzogen sind. Denn der Arbeitgeberbeitragssatz zur Sozialversicherung ist nicht mit der Belastung der Arbeitgeber durch Arbeitskosten zu verwechseln (vgl. [Abbildung II.15](#)).

Im Rahmen der Einrichtung des Gesundheitsfonds in 2009, dessen Aufgabe in der Weiterleitung der Beitragseinnahmen und des Bundeszuschusses an die einzelnen Krankenkassen besteht (in Form von einheitlichen Pauschalen für jeden Versicherten unter Berücksichtigung alters- und risiko-/morbiditybezogener Zu- und Abschläge), wurde nicht nur ein einheitlicher Beitragssatz für alle Krankenkassen eingeführt. Zugleich wurde den einzelnen Krankenkassen auferlegt, bei Unterdeckung Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern zu erheben. Seit 2015 ist der Sonderbeitrag abgeschafft und der allgemeine (paritätisch finanzierte) Beitragssatz auf 14,6 % festgeschrieben worden. Ausgaben der Kassen, die die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds übersteigen, müssen durch einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag finanziert werden, den bisher allein die Versicherten zu tragen hatten. Im Jahr 2017 wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf 1,1 % beziffert und wird 2018 vermutlich auf 1,0 % absinken.

Die Bundesregierung hat sich mittlerweile darauf geeinigt, dass alle Beiträge zur GKV paritätisch finanziert werden sollen (vgl. [Neuregelungen Gesetzentwurf GKV-Versichertenentlastungsgesetz](#)). Der aktuelle Gesetzentwurf aus dem Bundesministerium für Gesundheit sieht vor, dass die Zusatzbeiträge ab Januar 2019 gleichermaßen von Arbeitgeber und Beschäftigte (bzw. Rentner und Rentenversicherung) getragen werden. Das bedeutet allerdings keineswegs, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung auch paritätisch zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern verteilt sind. Schließlich ist bzw. bleibt die Ausgliederung von ausgewählten GKV-Leistungen bestehen. So zahlen die Versicherten beispielsweise Brillen, Erkältungsmittel oder homöopathische Medikamente in der Regel selber, auch bei verschreibungspflichtigen Medikamenten zahlen die Versicherten zwischen 5 und 10 Euro pro Arzneimittel hinzu. Darüber hinaus werden auch beim Zahnersatz nur Pauschalleistungen übernommen, in der Regel kommt es auch hier zu Zuzahlungen, die allein von den Versicherten getragen werden. Der Vorwurf, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen vom medizinischen Fortschritt und einer besseren Gesundheit der Versicherten profitieren, und daher auch die Finanzierung der Gesundheitskosten jeweils hälftig tragen sollten, wird durch den Gesetzesentwurf daher nicht vollständig entkräftet.

Um Selbstständige mit geringem Einkommen zu entlasten sieht das GKV-Versichertenentlastungsgesetz zudem vor, ihre Beiträge zu reduzieren werden, indem die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von 2.283,75 € auf 1.141,88 € halbiert wird. Dadurch sinkt der durchschnittliche Mindestbeitrag im Monat für Selbstständige auf 171,28 €. Darüber hinaus dürfen die Krankenkassen ab dem Jahr 2020 ihre Zusatzbeiträge nur noch dann anheben, wenn ihre finanziellen Rücklagen geringer als ihre Ausgaben sind. Schließlich werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, ihre Mitgliederbestände um ungeklärte passive Mitgliedschaften zu bereinigen, um Beitragsschulden zu reduzieren. Der DGB kritisiert diese Maßnahme, da es sich bei den Betroffenen häufig um Selbstständige mit geringen Einkommen handelt, die sich die Beiträge nicht leisten konnten. Dadurch werde das Prinzip der sozialen Sicherheit in Frage gestellt.

Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze

Die „Versicherungspflichtgrenze“ (VPG) (auch „Jahresarbeitsentgeltgrenze“) der GKV hängt von der allgemeinen Entgeltentwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer ab. Für abhängig Beschäftigte, deren Bruttoeinkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, entfällt

die Versicherungspflicht. Wer oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdient, kann sich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern lassen oder in die private Krankenversicherung wechseln.

Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) definiert die Bruttoeinkommenshöhe, bis zu der Beiträge auf das eigene Bruttoeinkommen maximal als „beitragspflichtige Einnahmen“ erhoben werden dürfen. Dies betrifft das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, den Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird. Auch die Beitragsbemessungsgrenzen werden jährlich nach dem Verhältnis angepasst, in dem das durchschnittliche Bruttoeinkommen aus abhängiger Beschäftigung im vergangenen Kalenderjahr zur entsprechenden statistischen Kennzahl aus dem vorvergangenen Kalenderjahr steht.

Methodische Hinweise

Die eigenen Berechnungen basieren auf der GKV-Statistik des Bundesgesundheitsministeriums und der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Statistischen Bundesamtes. Die Daten der GKV-Statistik fassen die Meldungen der gesetzlichen Krankenkassen zusammen und entsprechen damit einer Vollerhebung.

Monatsgrafik Juli 2018 – Kontakt:

Frederic Hüttenhoff | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | 0203 379 2394 | frederic.huettenhoff@uni-due.de