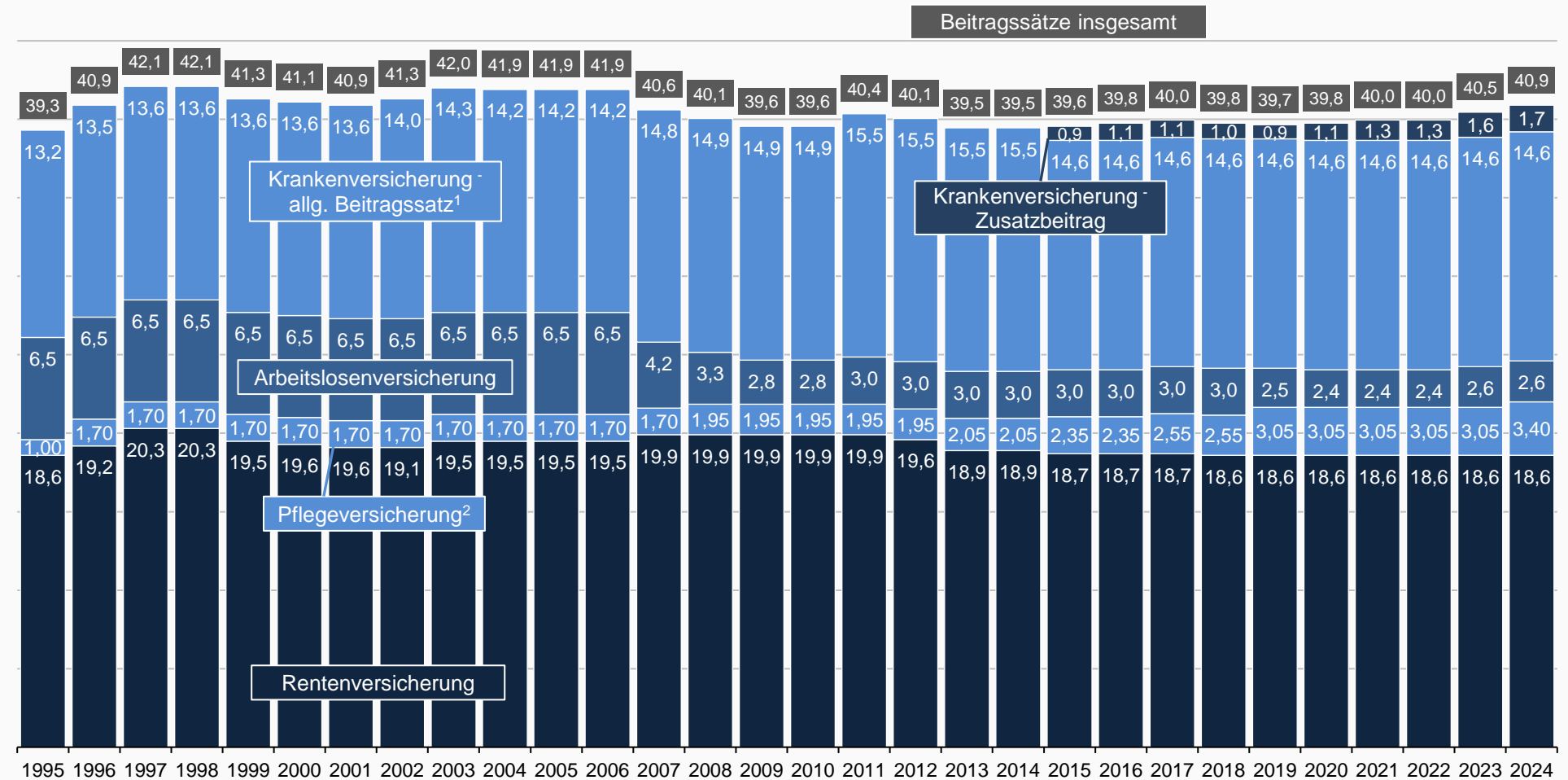


■ Entwicklung der Beitragssätze in den Zweigen der Sozialversicherung 1995 - 2024  
In % des Bruttoarbeitsentgelts



<sup>1</sup> Ab 2005: einschließlich Sonderbeitrag (0,9%); bis 2008: durchschnittlicher Beitragssatz  
<sup>2</sup> Ab 2005: diverse Regelungen für Beitragszahlende mit und ohne Kinder (niedrigere bzw. höhere Beitragssätze)



## Steigende Beitragssätze in der Kranken- und Pflegeversicherung – Die Verantwortung der Politik

### Kurz gefasst

- 2025 werden die Krankenkassen die Zusatzbeiträge um durchschnittlich 0,8 Prozentpunkte auf 2,5 % erhöhen. Der zusammengefasste Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (14,6 % + 2,5 %) wird dann bei 17,1 % liegen. Auch in der Pflegeversicherung werden die Beitragssätze weiter steigen – um 0,2 Prozentpunkte auf dann 3,42 % (ohne Zuschlag für Kinderlose) –, weil die Ausgaben die Beitragseinnahmen anhaltend übertreffen. Und in der Rentenversicherung sind aus demografischen Gründen höhere Beitragssätze vorprogrammiert. Insgesamt wird der paritätisch finanzierte Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz damit schon bald den Wert von 42 % erreichen.
- Die Spanne zwischen Brutto- und Nettoverdiensten vergrößert sich. Von den Gehaltssteigerungen bleibt weniger übrig. Allerdings verschwinden die Abzüge nicht in einem schwarzen Loch. Sie sind erforderlich, um den Sozialstaat mit all seinen Geld-, Sach- und Dienstleistungen zu finanzieren. Ein Sozialstaat, der für Wohlstand und Lebensqualität der gesamten Bevölkerung sorgt, kann kein „billiger“ Staat sein. Gesundheit in Form eines dichten Netzes von ambulanter und stationärer Versorgung kostet eben etwas, und auch die Inanspruchnahme von medizinischem und pharmakologischem Fortschritt hat ihren Preis.
- Forderungen nach Leistungskürzungen, privater Vorsorge, Selbstbeteiligung, Übergängen zur Privatversicherung machen die Runde. Übersehen wird dabei, dass solche Formen einer Privatisierung sozialer Sicherung keinesfalls „kostenlos“ sind. Belastet werden die privaten Haushalte, und zwar ohne Regelungen des Solidarausgleichs und ohne Beteiligung der Arbeitgeber. Insgesamt wird es dadurch sogar teurer, da die Verwaltungskosten bei den gewinnorientierten privaten Anbietern weitaus höher liegen als bei den Sozialversicherungsträgern.
- Selbstverständlich müssen die Ausgaben in den Zweigen der Sozialversicherung immer wieder überprüft werden. Das gilt insbesondere für die GKV. Fragt man nach den Ursachen der Ausgabenzuwächse, sind dafür nicht nur die allgemeinen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, so vor allem die demografischen Trends und die hohe Personalintensität, verantwortlich.
- Wichtiger sind die anhaltenden Entscheidungen und Versäumnisse der Politik, die zu Lasten der GKV gehen. Es fehlt an Strukturreformen, die die Ineffizienzen des Gesundheitssystems bekämpfen, eine Verzahnung von ambulanter (kassenärztlicher) und stationärer Versorgung erreichen und die den Trend zur Privatisierung der Leistungsanbieter und deren Profitorientierung umkehren.
- Hinzu kommt, dass die GKV eine Reihe von versicherungsfremden, gesamtgesellschaftlichen Aufgaben übernimmt. Die Finanzierungsmodalitäten des geplanten Krankenhaus-Transformationsfonds und die unzureichenden Beitragszahlungen des Bundes für Bürgergeldempfänger\*innen sind dafür aktuelle Beispiele. Der steuerfinanzierte Bundeszuschuss deckt die entstehenden Ausgaben bei Weitem nicht ab.
- Aufgrund der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen ist der wohlhabende Teil der Bevölkerung nicht an der solidarischen Finanzierung der GKV beteiligt. Eine deutliche Anhebung der Grenzwerte wäre ein Schritt in Richtung einer Bürgerversicherung und würde nicht nur die Verteilung der Lasten gerechter gestalten, sondern auch zu Mehreinnahmen und einer Beitragssatzsenkung führen.

## Hintergrund

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich im Wesentlichen über die Beiträge ihrer Mitglieder (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, vgl. [Abbildung VI.6](#)). Der allgemeine Beitragssatz beträgt seit 2015 einheitlich 14,6 % des Bruttoeinkommens, die je zur Hälfte von Arbeitgebern und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gezahlt wird. Die Beiträge vermindern insofern die Nettoeinkommen der Beschäftigten und erhöhen als sog. Lohnnebenkosten die Arbeitskosten der Arbeitgeber (vgl. [Abbildung II.10](#)). Auch Rentner\*innen sind beitragspflichtig. Für Minijobs entrichten die Arbeitgeber einen Pauschalbeitrag von 13 %. Für Empfänger\*innen von Arbeitslosengeld I (SGB III) und Arbeitslosengeld II (SGB II) sowie für Beschäftigte im Übergangsbereich gelten besondere Regelungen.

Die Beitragsbelastung richtet sich nicht (wie bei einer privaten Krankenversicherung) am Risiko aus, sondern an der Höhe des Einkommens. Jeder Einkommenseuro wird um den gleichen Prozentsatz gemindert. Nicht versicherungspflichtig beschäftigte Familienangehörige (Kinder und Partner\*innen) sind beitragsfrei mitversichert.

Das Solidarprinzip und der proportionale Belastungsverlauf gelten jedoch nicht uneingeschränkt. Denn die Beziehende\*innen hoher Einkommen werden durch die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze (BMG) begünstigt. Diese Einkommensgrenze ist entsprechend der Lohnentwicklung dynamisiert und liegt 2024 bei 5.175 Euro. Dies führt dazu, dass die überschießenden Monateinkommen nicht mehr verarbeitet werden. Die Belastungen reduzieren sich deshalb umso stärker, je höher das Einkommen ausfällt. Erreicht das Einkommen die Höhe der Versicherungspflichtgrenze (2024: 5.363 Euro/Monat) steht den Beschäftigten außerdem die Option offen, in eine private Kranken- und Pflegeversicherung zu wechseln. Dieser Wechsel erweist sich dann als ökonomisch vorteilhaft, wenn die Belastungen durch die private Krankenversicherung niedriger ausfallen.

Die Beitragseinnahmen werden ergänzt durch einen Zuschuss aus dem Bundeshaushalt (vgl. [Abbildung VI.51](#)). Dieser steuerfinanzierte Zuschuss soll dazu dienen, die versicherungsfremden, allgemeingesellschaftlichen Aufgaben der GKV abzudecken. Er ist in seiner Höhe nicht dynamisiert und liegt seit 2017 unverändert bei 14,5 Mrd. Euro.

Die Einnahmen der GKV aus Beitragszahlungen und Bundeszuschuss fließen in den Gesundheitsfonds (vgl. [Abbildung VI.58](#)). Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die einzelnen Krankenkassen eine einheitliche Pauschale pro Versichertem plus besondere Zuweisungen, die Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigen. Hierdurch wird der unterschiedlichen Risikostruktur der Versicherten Rechnung getragen. Krankenkassen mit älteren und kranken Versicherten erhalten durch diesen Risikostrukturausgleich somit mehr Finanzmittel als Krankenkassen mit einer Vielzahl an jungen und gesunden Versicherten. Darüber hinaus erhalten alle Krankenkassen weitere Zuweisungen zur Deckung der sonstigen standardisierten Ausgaben (zum Beispiel Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass Krankenkassen nicht dadurch im Wettbewerb benachteiligt werden, dass sie viele chronisch Kranke oder Mitglieder mit niedrigem Einkommen und geringen Beitragszahlungen versichern.

Der allgemeine Beitragssatz ist gesetzlich eingefroren. Reichen die Mittel aus den Beitragseinnahmen und dem Bundeszuschuss und entsprechend die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, um die Ausgaben einer Krankenkasse zu finanzieren, müssen die Kassen Zusatzbeiträge erheben, die gemeinsam von den Versicherten und den Arbeitgebern zu tragen sind. Diese paritätische Mittelaufbringung gilt seit 2019, in den Jahren zuvor mussten die Versicherten den Zusatzbeitrag allein zahlen.

Vor allem jene Kassen, die wegen ihrer überproportional hohen Ausgaben benachteiligt sind (vgl. [Abbildung VI.24c](#)), unterliegen dem Risiko, vergleichsweise hohe Zusatzbeiträge zu erheben. Im Wettbewerb der Krankenkassen werden Mitgliederverluste die Folge sein, da die Versicherten ein Sonderkündigungsrecht haben und in andere Kassen wechseln können, wenn es zu Zusatzbeiträgen kommt. 2024 liegt der kassendurchschnittlichen Zusatzbeitrag bei 1,7 %. Er wird von einzelnen Kassen unter- aber auch überschritten.

### **Bestimmungsfaktoren für die Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen der GKV**

Die Beitragssätze für die GKV weisen im Zeitverlauf einen kontinuierlichen Anstieg auf (vgl. [Abbildung VI.23](#)). So lag im Jahr 1995 der durchschnittliche Beitragssatz noch bei 13,2 %. Seit 2015 ist der allgemeine Beitragssatz auf 14,6 % eingefroren, aber durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen setzt sich der Anstieg fort. Für das Jahr 2025 ist damit zu rechnen, dass der zusammengefasste Beitragssatz zur GKV (14,6 % + 2,5 %) bei 17,1 % liegt. Welche Ursachen hat diese Entwicklung? Vor allem folgende Faktoren sind zu berücksichtigen (ohne Rangfolge):

- Die medizinischen Leistungen, die die GKV anerkennt und übernimmt, bewegen sich in einem dynamischen Umfeld. Welche Leistungen es im Einzelnen sind, etwa in Bezug auf Heilverfahren, Diagnosemethoden, medikamentöse Therapien oder Hilfsmittel (z.B. Hör-, Seh- und Gehhilfen) ist nicht im Gesetz festgelegt. Der Gesetzgeber hat diese Aufgabe an ein Selbstverwaltungsgremium, den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) übertragen. Der GBA setzt sich im Wesentlichen aus Vertreter\*innen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zusammen und verabschiedet verbindliche Richtlinien, die unmittelbar wirksam sämtliche Bereiche des Gesundheitssystems betreffen. So entscheidet er vor allem – unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse – welche neuen und in der Regel sehr teuren auf den Markt gebrachten Arzneimittel von der Krankenversicherung übernommen werden, welche neuen Diagnostikverfahren anerkannt werden oder welche neuen Therapieformen als erforderlich gelten. Der medizinisch-technische und pharmakologische Fortschritt macht solche Entscheidungen laufend erforderlich.
- Die Zahl der Leistungsempfänger\*innen hängt von den gesundheitlichen sowie sozialen Bedarfs- und Problemlagen in der Gesellschaft ab. Die Veränderungen des Krankheitsspektrums in Richtung langwieriger, chronisch-degenerativer Krankheitszustände können ebenso zu Mehraufwendungen führen wie die Folgen einer Pandemie. Zugleich kann sich die Leistungsmenge je Versicherungsfall infolge verbesserter Qualitätsstandards, neuer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten und auch expansiver Anbieterstrategien nach oben entwickeln. Nicht zuletzt spielt auf der Seite der Nachfrager das Antrags- bzw. Nutzungsverhalten der Versicherten bzw. Patient\*innen eine wichtige Rolle.

- Der Bevölkerungszuwachs (anhaltende Nettozuwanderung) sowie die Verschiebungen im Altersaufbau der Bevölkerung sind mit Mehraufwendungen (Leistungsfälle und Leistungsmenge je Versicherungsfall) verbunden. Einen starken Anstieg weist die Zahl sehr alter Menschen auf (vgl. [Abbildung VIII.1d](#)). Die Krankenkassenstatistik weist aus, dass gerade die letzten Lebensjahre – also die Jahre vor dem Tod – mit besonders hohen Leistungen und Kosten verbunden sind.
- Das Gesundheitswesen mit all seinen Elementen ist ein Wirtschaftszweig, in dem die Kosten- und Preisentwicklung stark ausgeprägt ist. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen nehmen an der allgemeinen Einkommensentwicklung teil. Angesichts der hohen Personalintensität der Leistungserstellung führt dies zu deren Verteuerung. Gleichmaßen ergeben sich Preiseffekte durch die Entwicklung des medizinisch-technischen sowie pharmakologischen Fortschritts, durch höhere Leistungsqualität und durch eine verbesserte Personalausstattung.
- Im Grundsatz ist der Gesundheitsmarkt ein Anbietermarkt, der den Leistungserbringern eine dominante Position einräumt. So entscheiden die Ärzt\*innen – ambulant wie stationär – im Rahmen ihrer professionellen Kompetenz, welche Diagnose- und Behandlungsverfahren eingesetzt und welche Arzneimittel sowie Hilfsmittel verschrieben werden. Doch nicht jeder weitere Arztbesuch oder jeder verlängerte Krankenhausaufenthalt ist auch medizinisch erforderlich. Und neue oder zusätzliche Diagnose- und Therapieverfahren sind nicht automatisch sinnvoll und wirksam. Da auf dem Markt das wirtschaftliche Eigeninteresse nach hohen Umsätzen, Gewinnen und Einkommen eine Rolle spielt, erwächst daraus die Tendenz sowohl einer angebotsinduzierten Mengenausweitung als auch hoher Gewinne, so der Pharmaunternehmen oder auch der freiberuflichen Selbstständigen (Ärzt\*innen, Labore usw.).
- Das Gesundheitswesen als Anbietermarkt mit seinen unterschiedlichen Ebenen und Leistungsanbietern weist erhebliche Ineffizienzen und Wirtschaftlichkeitsreserven auf. Nachweisbar festzustellen sind Elemente von Fehl- und Unterversorgung, aber auch von Überversorgung. So führt die weitgehende Abschottung zwischen ambulanter, kassenärztlicher Versorgung und stationärer Versorgung im Krankenhaus zu vermeidbaren Doppeldiagnosen.

Diese Faktoren können sich überlagern und verstärken. Sie machen sich teilweise nur langsam und langfristig bemerkbar (wie z.B. die Auswirkungen des demografischen Wandels und der Veränderung der Sozialstruktur), können allerdings auch kurzfristig wirksam werden (wie z.B. hinsichtlich der Kosten- und Preisentwicklung oder von Veränderungen im Leistungsrecht). Sie betreffen nicht nur die GKV, sondern gleichermaßen die PKV. Der Anstieg der Ausgaben je Versicherten ist in der PKV zum Teil höher als in der GKV (vgl. [Abbildung VI.30](#)). Auch weist die PKV erheblich höhere Verwaltungs- und Abschlusskosten auf als die GKV (vgl. [Abbildung VI.20](#)).

- Die Ausgabenentwicklung der GKV darf allerdings nicht unabhängig von der Einnahmenentwicklung gesehen und bewertet werden. Bei gegebenen Beitragssätzen können die Einnahmen ebenfalls steigen – infolge des Anstiegs der beitragspflichtigen Bruttolöhne und der Zahl der Versicherten. Fällt diese Einnahmenentwicklung allerdings schwächer aus als die Ausgabenentwicklung, müssen die Beitragssätze angehoben werden. Bei einer differenzierten Betrachtung von Ausgaben und Einnahmen der umlagefinanzierten GKV zeigt sich, dass der

langfristige Anstieg der Beitragssätze nicht nur eine Folge stark steigender Ausgaben ist. Zugleich bleibt festzustellen, dass die Finanzierungsbasis der GKV, nämlich die Einnahmenentwicklung der versicherungspflichtig Beschäftigten, immer wieder hinter dem Anstieg des Sozialprodukts zurück geblieben ist (vgl. [Abbildung VI.52](#)). Diese „Einnahmeschwäche“ der GKV lässt sich vor allem zurückführen auf das Anwachsen von Beschäftigungsverhältnissen, die nicht der Versicherungs- und Beitragspflicht unterliegen (so vor allem Minijobs), von Teilzeitarbeit mit einem geringen Stunden- und Verdienstvolumen und auf die Abwanderung von Arbeitnehmer\*innen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze in die private Krankenversicherung (vgl. [Abbildung VI.27](#)).

- Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob sich der Ausgabenzuwachs im Rahmen der wirtschaftlichen Wertschöpfung bewegt oder aber sich überproportional bzw. unterproportional entwickelt. Dazu ist ein Vergleich mit der Höhe und Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts (BIP) erforderlich. Steigen die Ausgaben stärker als die volkswirtschaftliche Wertschöpfung, erhöht sich die GKV-Quote am BIP, im umgekehrten Fall verringert sie sich. Zwischen 2000 und 2023 lässt sich ein Anstieg der Quote von 6,5 % auf 7,3 % feststellen (vgl. [Abbildung VI.23](#)).

### **Versäumnisse, Fehlentscheidungen und die Verantwortung der Politik**

Der Gesundheitssektor ist in seiner Struktur und seiner Finanzierung ein komplexer Bereich. Sein Beitrag für Wohlstand und Lebensqualität sowie als mittlerweile stabiler Eckpfeiler des Arbeitsmarktes ist unbestritten. Umso wichtiger sind – auch angesichts seiner zukünftig sicher weiterhin wachsenden Bedeutung – Strukturfragen und ihre verteilungspolitischen Wirkungen und damit die Rolle der Politik. Hier hat es in der Vergangenheit Versäumnisse und Fehlentscheidungen gegeben, die bis in den aktuellen Rand hinein reichen und zu einer systematischen Schwächung der Einnahmeseite der GKV beitragen:

- Beschäftigte mit niedrigen Stundenzahlen und/oder niedrigen Stundenlöhnen im Midijob/Übergangsbereich werden durch abgesenkte Beitragssätze von Sozialabgaben entlastet und tragen bis zu einem Einkommen von 2.000 Euro nur unterproportional zur Finanzierung der Gesundheitskosten bei. Im Grunde ist die Reduzierung von Beitragssätzen in der GKV damit eine Subventionierung von Beschäftigung im unteren Einkommensbereich (vgl. [Abbildung II.42](#)).
- Ähnliches gilt für den oberen Rand der Einkommensskala: Die Beitragsbemessungsgrenze führt dazu, dass Versicherte mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze für sich und auch für die mitversicherten Familienangehörigen das gesamte Leistungsangebot daher zu einem sinkenden Belastungssatz erhalten. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze wären angezeigt, um die Gesundheitsversorgung nach Leistungsfähigkeit und damit solidarisch zu finanzieren. Durch die Mehreinnahmen könnten die Beitragssätze in der GKV reduziert werden.
- Die Pauschalbeiträge, die der Bund für gesetzlich versicherte Empfänger\*innen von Bürgergeld an die GKV zahlt, sind mit 119 Euro im Monat sehr niedrig bemessen und weisen eine erhebliche Unterdeckung auf. Für privat versicherte Bürgergeldempfänger\*innen hingegen übernimmt der Bund die Prämien bis zu etwa 422 Euro (2024).

- Auch der steuerfinanzierte Bundeszuschuss reicht in seiner Höhe nicht aus, um die familienpolitisch und gesamtgesellschaftlich motivierten Aufgaben und Ausgaben der GKV sachgerecht auf die Solidargemeinschaft der Steuerzahler\*innen zu verteilen. Aufgrund der fehlenden Dynamisierung verringert sich bei anhaltender Inflation der Realwert des Zuschusses. Die in den Pandemie Jahren geleisteten Sonderzuschüsse ändern daran nichts.

Auch die aktuell geplanten Neuregelungen der Ampel-Regierung belasten die GKV. So soll der Krankenhaus-Transformationsfonds je zur Hälfte von den Ländern und vom Bund – konkret aus dem Gesundheitsfonds – finanziert werden. Der Gesundheitsfonds speist sich aber aus den Beiträgen der Solidargemeinschaft der GKV-Mitglieder. Die privat Versicherten werden hingegen nicht belastet. Die so genannte Rentenaufschubprämie soll die finanziellen Anreize für Rentner\*innen erhöhen, noch jenseits der Regelaltersgrenze zu arbeiten. Dazu ist vorgesehen, dass sie bei einer Verlängerung ihrer Erwerbstätigkeit nicht nur eine Einmalzahlung in Höhe der entgangenen Rente erhalten, sondern zusätzlich auch die Beiträge, die die GRV ansonsten an die GKV abgeführt hätte (vgl. [Abbildung IV.105c](#)). Die Folge sind Einnahmeausfälle für GKV und SPV.

Insgesamt – so ein Fazit – ist die Zielsetzung der aktuellen Finanzpolitik, jegliche Steuererhöhungen zu vermeiden, mit einem Anstieg der Beitragssätze verbunden. Systemgerecht aus Steuern zu finanzierende Aufgaben werden auf die Sozialversicherung verschoben. Belastet werden somit vor allem abhängig Beschäftigte mit mittleren Einkommen – und nicht alle Erwerbstätigen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit.

**Thema des Monats November 2024 – Kontakt:**

Dr. Dorothea Voss | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | [dorothea.voss@uni-due.de](mailto:dorothea.voss@uni-due.de)