



# **IW-Trends 1/2019**

## **Indikatoren zur GKV-Finanzentwicklung und ihre normativen Implikationen**

Jochen Pimpertz

Vorabversion aus: IW-Trends, 46. Jg. Nr. 1  
Herausgegeben vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V.

Verantwortliche Redakteure:

Prof. Dr. Michael Grömling, Telefon: 0221 4981-776

Holger Schäfer, Telefon: 030 27877-124

groemling@iwkoeln.de · schaefer.holger@iwkoeln.de · www.iwkoeln.de

Die IW-Trends erscheinen viermal jährlich, Bezugspreis € 50,75/Jahr inkl. Versandkosten.

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

ISSN 0941-6838 (Printversion)

ISSN 1864-810X (Onlineversion)

© 2019 Institut der deutschen Wirtschaft Köln Medien GmbH

Postfach 10 18 63, 50458 Köln

Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln

Telefon: 0221 4981-452

Fax: 0221 4981-445

iwmedien@iwkoeln.de

www.iwmedien.de

## Indikatoren zur GKV-Finanzentwicklung und ihre normativen Implikationen

Jochen Pimpertz, März 2019

### Zusammenfassung

Der Anteil der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttonationaleinkommen ist zwar seit der Wiedervereinigung von 5,9 auf 6,9 Prozent gestiegen. Abgesehen von dem Niveausprung nach der Finanzmarktkrise im Jahr 2009 blieb die Quote aber weitgehend stabil. Ein anderes Bild ergibt sich, sobald die GKV-Ausgaben pro Kopf betrachtet werden: Seit 1991 sind die Ausgaben je Versicherten jedes Jahr um durchschnittlich rund 1 Prozentpunkt stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einkommen pro Kopf. Diese Differenz bleibt bestehen, wenn beide Größen auf die beitragszahlenden Mitglieder bezogen werden. Auch im Vergleich zu den Konsummöglichkeiten der Gesellschaft, deren Entwicklung über das Bruttonationaleinkommen je Einwohner beschrieben wird, wachsen die GKV-Ausgaben pro Kopf überproportional stark. Dagegen ist die Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erodiert. Je GKV-Mitglied haben sich die beitragspflichtigen Einkommen mit annähernd gleicher Dynamik entwickelt wie die durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte. Allerdings ist das Volkseinkommen je Einwohner etwas stärker gewachsen. Für die Diskussion um den Vorrang einer einnahmen- oder ausgabenorientierten Gesundheitspolitik gibt der Befund deshalb deutliche Orientierung: Eine Reform der Beitragsfinanzierung mag aus verteilungspolitischen Erwägungen opportun erscheinen, die drängenden Probleme auf der Ausgabenseite werden damit aber nicht behoben.

Stichwörter: Gesetzliche Krankenversicherung, Gesundheitspolitik

JEL-Klassifikation: H51, I18

### Zielgerichtete Indikatorik

Die Frage zieht sich wie ein roter Faden durch die gesundheitspolitischen Debatten der vergangenen Dekaden: Leidet die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorrangig unter einem schwachen Wachstum ihrer Finanzierungsbasis oder unter einem überdurchschnittlich starken Ausgabenwachstum? Eine Antwort auf diese Frage ist grundlegend für die Ableitung von Reformvorschlägen, die auf eine Begrenzung des Beitragssatzanstiegs zielen. Denn werden zentrale Probleme auf der Einnahmenseite diagnostiziert, liegt es nahe, eine Lösung über die Anpassung der Finanzierungsregeln anzustreben. Dagegen erfordert die Diagnose vorrangig ausgabenseitiger Probleme sowohl eine Diskussion über den Leistungsumfang der GKV als auch über mögliche Fehlanreize in der medizinischen Versorgung. Angesichts dieser Dichotomie zwischen einnahmen- und ausgabenorientierter Gesundheitspolitik ist eine sachgerechte Befundung von zentraler Bedeutung. Dies gilt umso mehr, als auch die umlagefinanzierte GKV vor gravierenden demografischen Herausforderungen steht. Wenig aussagekräftige oder falsch interpretierte Indikatoren könnten Reformen nahelegen, die nicht nachhaltig wirken. Damit droht wertvolle Zeit für Weichenstellungen verloren zu gehen, die notwendig sind, um die jüngeren und nachfolgenden Kohorten vor intergenerativen Lastverschiebungen zu bewahren (Kochskämper, 2017). Deshalb werden im Folgenden unterschiedliche Indikatoren zur Finanzentwicklung der GKV hinsichtlich ihrer Aussagekraft und ihrer normativen Implikationen diskutiert.

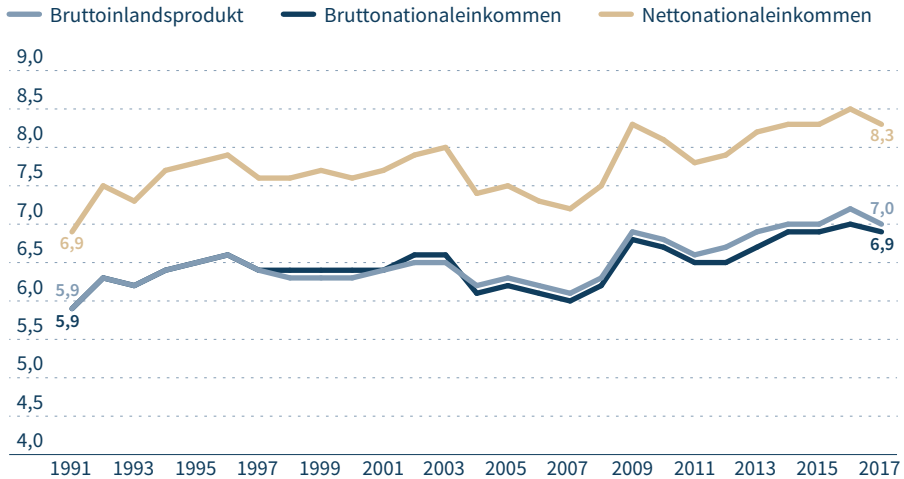
### Gesundheitspolitik zwischen Einnahmen- und Ausgabenorientierung

In Deutschland kommt das Gros der Gesundheitsausgaben unter dem Einfluss einer dichten, oftmals marktfernen Regulierung durch das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) zustande. Darin werden die Organisation und Finanzierung der GKV sowie deren Beziehung zu den Leistungserbringern geregelt. Die Ausgaben der GKV machten im Jahr 2016 einen Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 7,2 Prozent aus (Abbildung 1). Verglichen mit dem erweiterten Leistungsbereich des Gesundheitswesens, dem nach der aktuellen Gesundheitsausgabenrechnung aus dem Jahr 2016 rund 11,3 Prozent des BIP entsprachen (Statistisches Bundesamt, 2018), entfielen damit fast zwei Drittel der gesundheitsbezogenen Ausgaben unmittelbar unter den Einfluss des SGB V.

## Entwicklung der GKV-Ausgaben

Abbildung 1

Anteil der GKV-Ausgaben<sup>1)</sup> an unterschiedlichen makroökonomischen Bezugsgrößen, in Prozent



1) GKV-Ausgaben einschließlich Verwaltungskosten.

Quellen: BMG, 2018a; Statistisches Bundesamt; Institut der deutschen Wirtschaft

Abbildung 1: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/eb2yzaBqjN4Zz4P>

Vor diesem Hintergrund wird der politische Diskurs von zwei scheinbar unvereinbaren Positionen geprägt: Die eine bewegt sich innerhalb der Regulierungslogik des SGB V und orientiert sich an der sozialrechtlichen Vorgabe, dass die GKV eine Versorgung auf dem Stand der medizinischen Forschung gewährleisten soll (§ 2 Abs. 1 SGB V). Unter dieser Prämisse orientiert sich das Leistungsversprechen der GKV daran, welche Versorgungsleistungen einen medizinischen Zusatznutzen generieren, und nicht ob der Grenznutzen einer Leistung deren Grenzkosten übersteigt (Straubhaar et al., 2006, 87). In dieser Logik ist eine Begrenzung der Ausgabenentwicklung zum Beispiel durch Einschnitte beim Leistungsanspruch kaum zu begründen. Deshalb identifizieren nicht wenige Sozialpolitiker die zentralen Herausforderungen auf der Einnahmenseite der GKV und dort in der Erschließung neuer Finanzierungsquellen und einer gerechteren Verteilung der Finanzierungslasten (stellvertretend IAQ, 2018).

Dieser einnahmenorientierten Perspektive steht eine Sichtweise entgegen, die zwar nicht den medizinischen Versorgungsanspruch infrage stellt, wohl aber die

Bedingungen, unter denen die medizinischen Leistungen erstellt werden. Mit Blick auf die Entstehung der GKV-Ausgaben fordern die Vertreter einer ausgabenorientierten Gesundheitspolitik deshalb mehr marktwirtschaftliche Steuerungselemente im Gesundheitssystem, um eine effizientere Versorgung anzuregen – auch in der Hoffnung, damit den Einfluss anderer Ausgabentreiber wie der Bevölkerungsalterung minimieren zu können (Cassel et al., 1997).

Beiden Positionen liegen normative Haltungen zugrunde, die sich auf der einen Seite durch verteilungspolitische Präferenzen und auf der anderen Seite durch einen ausgesprochenen Marktoptimismus auszeichnen.

### Makroökonomischer Bezugsrahmen

Verfolgt man die Entwicklung des Anteils der GKV-Ausgaben am BIP (IAQ, 2018), entsteht ein unauffälliges Bild (Abbildung 1). Nach der Wiedervereinigung schwankte diese Quote bis zum Jahr 2008 in einem engen Korridor zwischen 5,9 und 6,6 Prozent. Mit der Wirtschafts- und Finanzmarktkrise im Jahr 2009 kletterten die Jahreswerte infolge des starken Einbruchs der Bezugsgröße BIP zunächst auf 6,9 Prozent. Nach einer kurzen Phase mit leicht rückläufigen Werten liegt die BIP-Quote seit dem Jahr 2014 bei 7,0 Prozent oder knapp darüber.

Gegen die Verwendung des BIP sprechen allerdings konzeptionelle Gründe. Denn innerhalb der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) misst das BIP den Marktwert der im Inland produzierten Güter. Dabei stellt das Aggregat auf die politisch-geografische Abgrenzung der Produktion unabhängig vom Wohn- oder Firmensitz der Wirtschaftssubjekte ab (Inlandskonzept). Dagegen basiert das Bruttonationaleinkommen (BNE) auf dem Inländerkonzept und dient als Messgröße für die von den Inländern erzielten Einkommen einer Periode. Dieses Abgrenzungskriterium folgt dabei nicht der Staatsangehörigkeit, sondern der mit dem Wohnsitz verbundenen Steuer- und Abgabepflicht in Deutschland (Brümmerhoff/Grömling, 2015, 40). Damit sprechen vor allem zwei Gründe dafür, im Folgenden das BNE als Referenz zu verwenden:

- Geht es um die Frage, ob die GKV-Ausgaben stärker wachsen als die Konsummöglichkeiten allgemein, sollte ein VGR-Aggregat der Verwendungs- statt der Entstehungsrechnung gewählt werden (Schwarz, 2019, 70). Denn bei der Ana-

lyse geht es um die Verwendung des erzielten Einkommens und nicht um die Produktion entsprechender Dienstleistungen und Güter.

- Außerdem knüpft die Mitgliedschaft in der GKV an der Abgabepflicht in Deutschland an. Dieser Umstand spricht auch für die Verwendung eines Aggregats, das nach dem Inländer- statt nach dem Inlandsprinzip ermittelt wird.

Das empirische Bild ändert sich dadurch zunächst kaum. Der Anteil der GKV-Ausgaben am BNE weicht über die vergangenen Dekaden lediglich um bis zu 0,2 Prozentpunkte von der BIP-Quote nach unten ab. Zunächst spricht damit ebenfalls wenig für die These explodierender Gesundheitsausgaben.

Weiterhin ist zu diskutieren, ob ein makroökonomisches Bezugsaggregat nach dem Brutto- oder Nettokzept verwendet werden sollte. Die Differenz zwischen beiden Größen wird in den VGR über die Abschreibungen ermittelt. Für die Verwendung des Nettonationaleinkommens (NNE) spricht die Überlegung, dass Gesundheitsausgaben in jeder Periode anfallen und deshalb der für die Einkommenserzielung notwendige produktive Kapitalstock nach Möglichkeit nicht aufgezehrt werden sollte. Diesem Gedanken folgt das Nettokzept, weil Teile des erzielten BNE a priori für den Erhalt des Kapitalstocks gemäß der geschätzten Abschreibungen reserviert werden (Pimpertz, 2003, 4). Weil das NNE durch den Abzug der Abschreibungen in Höhe von aktuell rund 600 Milliarden Euro deutlich niedriger ausfällt als das BNE, ergibt sich bei der GKV-Ausgabenquote eine Niveauverschiebung um 1 bis 1,5 Prozentpunkte nach oben (Abbildung 1).

Dabei ist allerdings zu beachten, dass in den VGR die Abschreibungen geschätzt und nicht nach betriebswirtschaftlich relevanten Kriterien ermittelt werden. Der faktische Verschleiß des Kapitalstocks lässt sich realitätsnäher über die sogenannten Abgänge abbilden. Diese entsprechen den Anlagegütern, die faktisch nicht mehr dem Produktionsprozess zur Verfügung stehen. Statt vergangenheitsbezogene Abschreibungen zu unterstellen, müssten dann aber die aktuellen Marktwerte jener Investitionsgüter herangezogen werden, die notwendig sind, um den produktionsrelevanten Kapitalstock zu erhalten (Grömling et al., 2019, 27). Jenseits dieser methodischen Diskussion spricht für die Verwendung des BNE grundsätzlich, dass letztlich auch die Ersatzinvestitionen aus den laufenden Einkommen finanziert werden müssen (Grömling, 2019, 319 f.). Deshalb wird im Folgenden analog zu dem

auch international eingeübten Vorgehen (Lequiller/Blades, 2014, 21) auf das Bruttokonzept Bezug genommen.

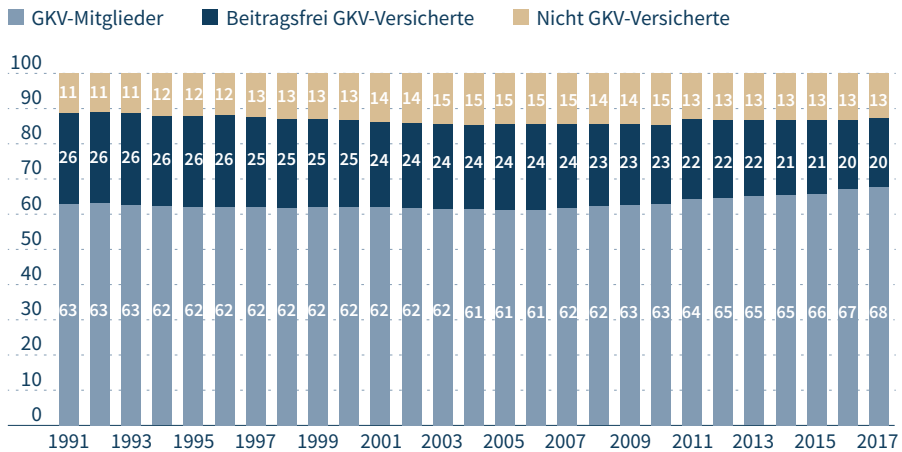
**GKV-Versicherte oder GKV-Mitglieder**

Auch unter Berücksichtigung dieser konzeptionellen Korrekturen bleibt die Aussagekraft einer Quote beschränkt, weil zum einen unklar ist, ob sich Schwankungen aus einer Veränderung der GKV-Ausgaben und/oder der makroökonomischen Bezugsgröße ergeben. Zum anderen können die Ausgaben von einer schwankenden Anzahl anspruchsberechtigter Personen verursacht werden (Pimpertz, 2003, 6 f.). Denn während das BNE von allen Inländern erwirtschaftet wird, ist nur ein Teil der Bevölkerung in der GKV versichert. Die dynamische Entwicklung der Erwerbstätigenzahl seit Mitte des letzten Jahrzehnts hat zwar zu einem Anstieg der freiwilligen und pflichtversicherten GKV-Mitglieder von 50,4 Millionen Beitragszahlern im Jahr 2005 auf 56 Millionen im Jahr 2017 geführt. Über den gleichen Zeitraum hat jedoch die Anzahl aller anspruchsberechtigten GKV-Versicherten, also einschließlich der beitragsfrei abgesicherten Familienangehörigen, lediglich von 70,5 Millionen auf 72,2 Millionen Personen zugelegt. Der Anteil der in der GKV versicherten Personen an der Bevölkerung ist damit von 85,5 Prozent auf 87,4 Prozent gestiegen.

**GKV-Versicherte in der Bevölkerung**

Abbildung 2

Anteile verschiedener Versicherungsgruppen an der Bevölkerung<sup>1)</sup>, in Millionen



1) Einwohner: Fortschreibung auf Basis des Zensus 2011.  
 Quellen: BMG, 2018b; Statistisches Bundesamt, 2019; Institut der deutschen Wirtschaft

Abbildung 2: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/rYA754JJE3CiDQz>



Allerdings ist er zuvor von 89,1 Prozent (1992) bis auf 85,2 Prozent (2004) gesunken. Über die vergangenen zweieinhalb Dekaden war damit jeder achte bis neunte Einwohner außerhalb der GKV gegen das Kostenrisiko bei Erkrankung abgesichert (Abbildung 2). Vor diesem Hintergrund bleibt offen, ob die Schwankungen der GKV-Ausgabenquote einer schwankenden Anzahl von Versicherten, einem schlechteren Gesundheitszustand des Kollektivs oder einem schwächeren BNE-Wachstum geschuldet sind.

### Pro-Kopf-Indikatoren

Dieser grundlegende Einwand gegen die Verwendung einer Quote lässt sich mit der Betrachtung durchschnittlicher Pro-Kopf-Größen überwinden. Dabei sind zwei Bezugsgrößen zu unterscheiden, die jeweils auf eine der beiden eingangs geschilderten gesundheitspolitischen Perspektiven zielen. Zum einen können die GKV-Ausgaben auf die Anzahl aller Versicherten umgelegt werden. In dieser Betrachtung steht die Entstehung der Ausgaben im Fokus. Denn jede anspruchsberechtigte Person kann in der GKV medizinische Behandlungen verursachen, nicht nur die beitragszahlenden Mitglieder. Alternativ können die GKV-Ausgaben je Mitglied betrachtet werden. Damit wechselt der Fokus auf die Einnahmenseite, weil ausschließlich Mitglieder Beiträge entrichten, während Familienangehörige ohne eigenes beitragspflichtiges Einkommen beitragsfrei versorgt werden.

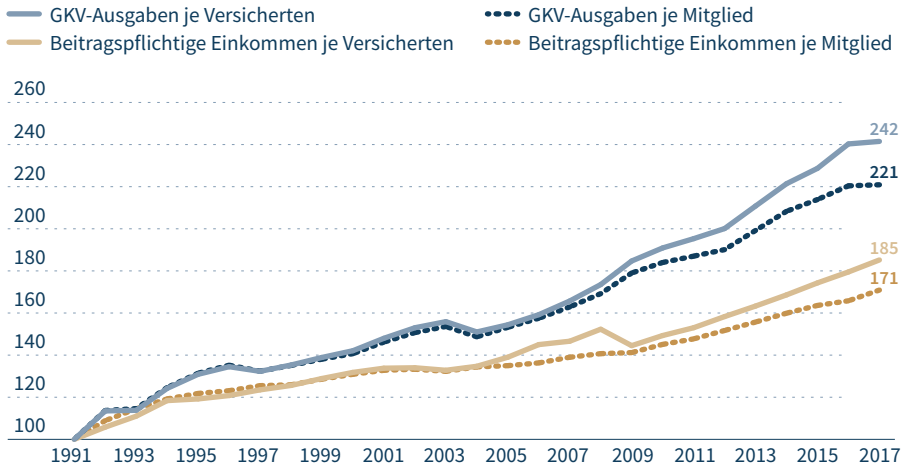
Während die Ausgaben in der GKV-Finanzstatistik dokumentiert werden, muss die Höhe der beitragspflichtigen Einkommen über eine Heuristik geschätzt werden. Dazu werden die in der GKV-Finanzstatistik dokumentierten Beitragseinnahmen durch den jahresdurchschnittlichen Beitragssatz dividiert. Statistische Unschärfe birgt dieses Vorgehen, weil der Einfluss einer veränderlichen Anzahl von Personen mit reduziertem Beitragssatz (z. B. Selbstständige ohne Krankengeldanspruch) oder pauschalem Beitrag (z. B. Empfänger von Grundsicherungsleistungen) in dieser Darstellung nicht beachtet werden können.

Bezogen auf alle anspruchsberechtigten Versicherten sind die durchschnittlichen GKV-Ausgaben seit der Wiedervereinigung bis zum Jahr 2017 um insgesamt über 141 Prozent oder mit einer jahresdurchschnittlichen Wachstumsrate von knapp 3,5 Prozent gestiegen (Abbildung 3). Dies gilt trotz der grundlegenden Reformen wie der Einführung der freien Kassenwahl (1996), des morbiditätsorientierten Ri-

### GKV-Ausgaben und beitragspflichtige Einkommen

Abbildung 3

Werte je Versicherten und je Mitglied, Index 1991 = 100



GKV-Ausgaben einschließlich Verwaltungskosten; beitragspflichtige Einkommen geschätzt.  
Quellen: BMG, 2018a; 2018b; 2018c; Institut der deutschen Wirtschaft

Abbildung 3: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/DLXjPy3QqMNDtPD>

sikostrukturausgleichs (2007) sowie der wiederholten Einschnitte in den GKV-Leistungskatalog. Im gleichen Zeitraum kletterten die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten um gut 85 Prozent oder mit einer jahresdurchschnittlichen Rate von 2,4 Prozent. Mit anderen Worten: Seit 1991 klaffen die Entwicklungen der GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Einkommen pro Kopf jedes Jahr um gut 1 Prozentpunkt auseinander.

Dieser Befund bleibt bestehen, wenn die Größen jeweils auf die Anzahl der beitragszahlenden GKV-Mitglieder bezogen werden. Die jahresdurchschnittliche Wachstumsrate der GKV-Ausgaben sinkt zwar auf 3,1 Prozent. Das Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied liegt mit durchschnittlich gut 2,0 Prozent aber ebenfalls niedriger, sodass auch in dieser Betrachtung beide Raten jedes Jahr um durchschnittlich 1 Prozentpunkt auseinanderfallen. Mit Blick auf das jährliche Finanzergebnis der GKV kann die Lücke zwischen beiden Entwicklungen unter dem bestehenden Beitragsrecht nur über einen höheren Beitragssatz geschlossen werden. Tatsächlich ist der Beitragssatz (einschließlich dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz) von kassendurchschnittlich 12,3 Prozent im Jahr 1991 auf 15,7

Prozent im Jahr 2017 gestiegen, obwohl unter anderem die Beitragspflicht der Betriebsrenten ausgeweitet und ein Zuschuss aus Steuermitteln eingeführt wurden.

Als weiteres Ergebnis lässt sich feststellen, dass die GKV-Ausgaben überdurchschnittlich stark gestiegen sind – unabhängig davon, ob man die Perspektive der Versicherten oder die der Beitragszahler einnimmt.

### GKV-Indikatoren in gesamtwirtschaftlicher Perspektive

Der bisherige Befund lässt allerdings offen, wie die Entwicklung beider Größen im Kontext makroökonomischer Kennziffern zu beurteilen ist. Folgt man der Sichtweise, dass medizinische Behandlungen Teil des Inländerkonsums sind, dann ist es für die Interpretation relevant zu wissen, wie sich die GKV-Ausgaben im Vergleich zu den Konsummöglichkeiten einer Gesellschaft insgesamt entwickelt haben. Diese können wie oben diskutiert durch das BNE beschrieben werden. Steigen die GKV-Ausgaben über längere Sicht stärker an als das BNE, kann von einem überproportionalen Wachstum gesprochen werden.

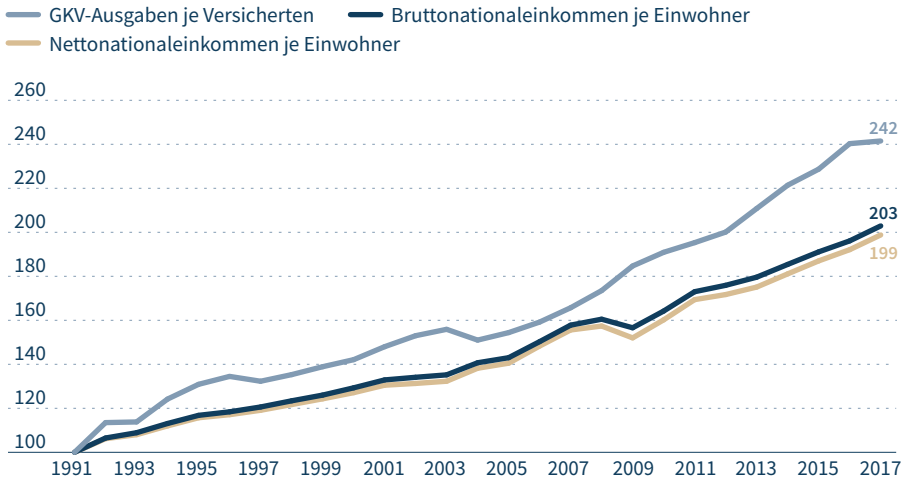
Vor dem Hintergrund der bisherigen Diskussion sind dabei nicht nur die GKV-Ausgaben auf die Anzahl der Versicherten zu beziehen, sondern spiegelbildlich ist auch das BNE je Einwohner auszuweisen. In der Systematik der VGR ist das allerdings nur für alle Inländer möglich, während die Gruppe der GKV-Versicherten lediglich eine Teilmenge der Bevölkerung darstellt. Der Vergleich beider Durchschnittsgrößen wird folglich verzerrt, sobald sich der Anteil der GKV-Versicherten sowie der auf sie entfallende Anteil des BNE im Zeitablauf verändert. Deshalb darf ein Vergleich beider Verläufe nur im Sinne einer Heuristik interpretiert werden.

Unter Beachtung dieser methodischen Einschränkung liefert der Vergleich beider Größen ein Indiz dafür, dass Finanzierungsprobleme in der GKV vorrangig durch die Ausgabenentwicklung verursacht werden (Abbildung 4): Das BNE je Einwohner ist von 1991 bis 2017 um knapp 103 Prozent oder im geometrischen Mittel mit einer Rate von knapp 2,8 Prozent pro Jahr gestiegen. Das Wachstum des NNE je Einwohner fällt mit einer Durchschnittsrate von knapp 2,7 Prozent nur marginal schwächer aus. Die GKV-Ausgaben sind dagegen seit 1991 jedes Jahr um durchschnittlich knapp 3,5 Prozent und damit um rund 0,7 Prozentpunkte per anno stärker gestiegen als die makroökonomische Referenzgröße.

### GKV-Ausgaben im Kontext der VGR

Abbildung 4

Index 1991 = 100



GKV-Ausgaben einschließlich Verwaltungskosten.

Quellen: BMG, 2018a; 2018b; 2018c; Statistisches Bundesamt, 2019; Institut der deutschen Wirtschaft

Abbildung 4: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/NSKg7DSEggFocma>

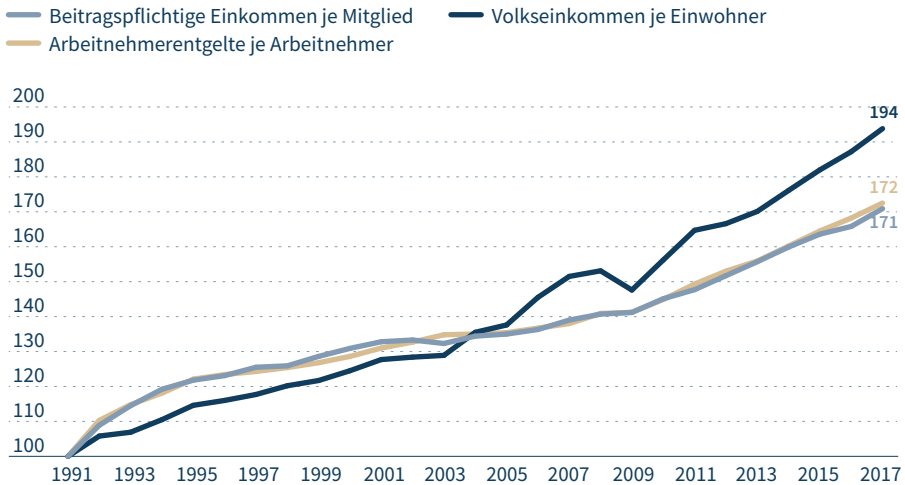
Spiegelbildlich lässt sich die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied im Kontext der VGR diskutieren. Dazu sind die Indikatoren der gesamtwirtschaftlichen Verteilungsrechnung heranzuziehen, die Auskunft über die Entwicklung alternativer Einkommensaggregate geben, welche zur Finanzierung der GKV-Ausgaben belastet werden können. Der Einwand unterschiedlich abgegrenzter Bezugsgruppen muss wiederum unwidersprochen bleiben, da sich die Gruppe der GKV-Mitglieder in den Kennziffern der VGR nicht abgrenzen lässt. Akzeptiert man diese methodische Restriktion, dann lassen die Befunde aber wenig Spielraum für Interpretationen (Abbildung 5).

Zunächst kann die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen je GVK-Mitglied mit der Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte verglichen werden. Mit der Verwendung dieser Referenzgröße wird implizit eine Finanzierung der GKV-Ausgaben aus Arbeitsentgelten unterstellt, wobei offenbleibt, ob dies nach geltendem Beitragsrecht, in Form einer Lohnsteuer oder über Prämien erfolgen soll. Diese Referenzgröße unterscheidet sich allerdings von dem derzeitigen Bei-

## Beitragspflichtige Einkommen im Kontext der VGR

Abbildung 5

Index 1991 = 100



Beitragspflichtige Einkommen: geschätzt.

Quellen: BMG, 2018b; 2018c; Statistisches Bundesamt, 2019; Institut der deutschen Wirtschaft

Abbildung 5: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/YZ5jL5Sjw33WFkw>

tragsrecht: In den Arbeitnehmerentgelten der VGR werden sowohl Entgeltbestandteile oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze als auch die Besoldung der Beamten erfasst. Die beitragspflichtigen Alterseinkommen der in der GKV versicherten Ruheständler bleiben dagegen unberücksichtigt. Deshalb darf der Vergleich wiederum nur mit Vorsicht interpretiert werden, erfolgt er doch unter der Annahme, dass die nicht deckungsgleiche Abgrenzung der Personengruppen und Einkommensaggregate keinen Einfluss auf den Befund haben.

Unter dem Verweis auf die zuvor aufgezeigten methodischen Einschränkungen darf die These von einer erodierenden Beitragsbemessungsgrundlage damit zumindest infrage gestellt werden, sind beide Größen doch seit der Wiedervereinigung mit annähernd gleichen jahresdurchschnittlichen Raten von gut 2,1 respektive knapp 2,1 Prozent gewachsen.

Das Bild verändert sich, wenn man die Unternehmens- und Vermögenseinkommen als potenzielle Finanzierungsgrundlage der GKV-Ausgaben einbezieht. Dieses

Aggregat umfasst auch die Arbeitseinkommen der Selbstständigen einschließlich der mithelfenden Familienangehörigen. In diesem Fall kann das Volkseinkommen je Einwohner als Referenzmaßstab herangezogen werden. Dieses ist seit der Wiedervereinigung um jahresdurchschnittlich 0,5 Prozentpunkte stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied. Phasen besonders dynamischen Wachstums sind dabei zwischen 2003 und 2008 sowie seit 2013 erkennbar. Mit diesem Befund lassen sich allerdings weder eine Ausweitung des Versichertenkreises noch eine Einbeziehung weiterer Einkommensquellen in die Beitragspflicht hinreichend begründen, weil zum Beispiel die Ausgabeneffekte durch zusätzlich versicherte Personen oder Ausweichreaktionen infolge einer Belastung von Unternehmenseinkommen mit zu berücksichtigen sind (Pimpertz, 2013).

Eine systematische Schwächung der GKV-Einnahmenseite ist in Zukunft nicht auszuschließen. Im Gegenteil zeigen Simulationsrechnungen zum Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Finanzergebnisse der GKV, dass mit der Bevölkerungsalterung in Deutschland die Einnahmenseite der GKV zunehmend unter Druck gerät (Kochskämper, 2017). Solange die durchschnittlichen beitragspflichtigen Alterseinkommen unter dem Niveau der beitragspflichtigen Durchschnittseinkommen im Erwerbsalter liegen, provoziert ein steigender Anteil älterer GKV-Versicherter Deckungslücken, die nach derzeitigem Beitragsrecht nur über höhere Beitragssätze geschlossen werden können (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 112 ff.).

### **Orientierung für die Gesundheitspolitik**

Die empirischen Indizien deuten darauf hin, dass die Beitragssatzsteigerungen in der GKV bislang zu einem erheblichen Anteil aus einem überproportional starken Ausgabenwachstum resultieren. Deshalb ist es sinnvoll, die Gesundheitspolitik an den Erfordernissen einer rationalen Steuerung des Versorgungsgeschehens auszurichten. Zwar lässt sich damit der Einfluss der demografischen Entwicklung auf die künftige Ausgabenentwicklung nicht steuern. Aber andere Ausgabentreiber wie der medizinisch-technische Fortschritt oder institutionell bedingte Fehlanreize legen Handlungsbedarf nahe.

Hoffnungen auf eine effizientere Organisation des Versorgungsgeschehens ruhen derzeit vor allem auf einem vermehrten Einsatz digitaler Technologien. Einige Studien errechnen milliardenschwere Effizienzreserven, die in einer vernetzten

und datenbasierten Gesundheitsversorgung geschöpft werden können (McKinsey, 2018). Doch bleiben diese Aussichten vage, weil unter anderem unklar bleibt, warum allein aufgrund einer zunehmenden Digitalisierung jene Institutionen und Strukturen überwunden werden können, die zu der bisherigen Ausgabenentwicklung beigetragen haben und deren Korrektur seit Jahrzehnten vergeblich angemahnt wird. Gleichzeitig werden mit der Digitalisierung Hoffnungen auf neue Behandlungsmöglichkeiten verbunden, deren Ausgabenwirkungen sich bislang nicht abschätzen lassen. Weil der Nettoeffekt nicht eindeutig vorherzusagen ist, ist es notwendig, die Anreizwirkungen institutioneller Regeln im Gesundheitswesen zu hinterfragen und gegebenenfalls zu korrigieren, damit die erhofften digitalen Effizienzreserven nicht nur geschöpft, sondern auch an die Beitragszahler weitergeleitet werden.

Umgekehrt gilt aber auch, dass die bisherige Beitragsbemessungsgrundlage in einer alternden Bevölkerung unter Druck geraten wird, selbst wenn bislang keine systematische Erosion der beitragspflichtigen Einkommen festgestellt werden kann. Für die Debatte über eine Reform der bisherigen Beitragsfinanzierung ergibt sich daraus zwar kein neues Argument. Es wird aber deutlich, dass das Versprechen der Protagonisten einer Bürgerversicherung nicht verfängt, allein mit einer anderen Verteilung der Finanzierungslasten jene Probleme lösen zu können, die ihren Ursprung auf der Ausgabenseite der GKV haben. Umso mehr ist eine Korrektur von institutionell bedingten Fehlanreizen im Gesundheitssystem vonnöten, um den Anstieg der Finanzierungserfordernisse und damit den Reformdruck auf der Einnahmenseite der GKV zu begrenzen.

## Literatur

Brümmerhoff, Dieter / Grömling, Michael, 2015, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, 10. Aufl., Berlin/Boston

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2018a, Daten des Gesundheitswesens 2017, Stand: Oktober 2018, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/181101\\_BMG\\_DdGW\\_A4.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/181101_BMG_DdGW_A4.pdf) [31.1.2019]

BMG, 2018b, GKV-Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand, Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> [18.9.2018]

BMG, 2018c, Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV, GKV-Statistik KJ1, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html> (18.9.2018)

Cassel, Dieter / Knappe, Eckhard / Oberender, Peter, 1997, Für Marktsteuerung, gegen Dirigismus im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftsdienst, 97. Jg., Nr. 1, S. 29–36

Grömling, Michael, 2019, Messung und Interpretation der makroökonomischen Einkommensverteilung, in: Mink, Reimund / Voy, Klaus (Hrsg.), Gesamtwirtschaftliche Einkommensbegriffe, Produktion und Einkommen im sozialpolitischen Kontext, Berliner Beiträge zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, Bd. 3, Marburg, S. 317–338

Grömling, Michael / Hüther, Michael / Jung, Markos, 2019, Verzehrt Deutschland seinen staatlichen Kapitalstock?, in: Wirtschaftsdienst, 99. Jg., Nr. 1, S. 25–31

IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation, 2018, GKV: Keine Kostenexplosion, sondern strukturelle Einnahmeschwäche, Grafik des Monats 7/2018, [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52\\_Grafik\\_Monat\\_07\\_2018.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52_Grafik_Monat_07_2018.pdf) [12.10.2018]

Kochskämper, 2017, Alternde Bevölkerung: Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung, IW-Report, Nr. 8, Köln

Kochskämper, Susanna / Pimpertz, Jochen, 2015, Welche Umverteilungswirkungen deckt das Solidaritätsprinzip in der GKV ab? in: IW-Trends, 42. Jg., Nr. 1, S. 105–119

Lequiller, François / Blades, Derek, 2014, Understanding National Accounts, 2. Aufl., Paris

McKinsey, 2018, Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chancen für Deutschland, Studie im Auftrag des Bundesverbands Managed Care e. V., <https://www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2018/2018-09-25-digitalisierung%20im%20gesundheitswesen/mckinsey92018digitalisierung%20im%20gesundheitswesendownload.ashx> [11.10.2018]

Pimpertz, 2003, Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: IW-Trends, 30. Jg., Nr. 1, S. 24–34

Pimpertz, 2013, Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen, IW policy paper, Nr. 12, Köln



Schwarz, Norbert, 2019, Einkommensbegriffe in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen – Konzepte und Aussagekraft, in: Mink, Reimund / Voy, Klaus (Hrsg.), Gesamtwirtschaftliche Einkommensbegriffe, Produktion und Einkommen im sozialpolitischen Kontext, Berliner Beiträge zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, Bd. 3, Marburg, S. 69–121

Statistisches Bundesamt, 2018, Gesundheitsausgabenrechnung. Gesundheitsausgaben, Zeitreihen. Tabelle: Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. €, in: [www.bge-bund.de](http://www.bge-bund.de), Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Gesundheitsausgabenrechnung [19.9.2018]

Statistisches Bundesamt, 2019, Fachserie 18 Reihe 1.2, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Inlandsproduktberechnung. Vierteljahresergebnisse. 4. Vierteljahr 2018, Stand: 22.2.2018, [www.destatis.de](http://www.destatis.de) [25.2.2019]

Straubhaar, Thomas / Geyer, Gunnar / Locher, Heinz / Pimpertz, Jochen / Vöpel, Henning, 2006, Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen, in: Klusen, Norbert / Meusch, Andreas (Hrsg.), Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Nr. 14, Baden-Baden

## Indicators of Financial Developments in the Statutory Health Insurance System and their Normative Implications

Since Reunification in 1990, expenditure by Germany's statutory health insurance (SHI) system has increased from 5.9 to 6.9 per cent of gross national income. However, apart from a steep rise following the financial market crisis in 2009, this proportion has remained broadly stable. Per capita spending, though, reveals a different picture. Every year since 1991, expenditure per insured person has risen by an average of around 1 percentage point more than per capita income on which SHI contributions are payable. This difference remains even when both values are related to the SHI members paying those contributions. Per capita SHI expenditure has also been growing disproportionately fast compared with potential consumption, described by gross national income per head of population. On the other hand, there has been no erosion of the statutory health insurance's financial footing. Income subject to contributions per SHI member has developed approximately in line with employees' average pay. However, per capita national income has grown somewhat more steeply. These findings thus provide clear guidance on whether to give preference to a revenue- or an expenditure-based health policy. A reform of contribution financing may seem opportune in terms of distribution policy, but would not solve the urgent problems on the expenditure side.