

# *Kiel* Policy Brief

## Steigende Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eintagsfliege oder Dauerbrenner?

**Jens Boysen-Hogrefe**

Nr. 98 | Dezember 2015



## Steigende Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung Eintagsfliege oder Dauerbrenner?

Jens Boysen-Hogrefe\*

Institut für Weltwirtschaft

### Einleitung

Jüngst hat der Schätzerkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) prognostiziert, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen im kommenden Jahr zunehmen wird. Der Schätzerkreis geht von einem Anstieg um 0,2 Prozentpunkte aus, wie bereits zuvor das IfW bei den effektiven Zusatzbeiträgen (Boysen-Hogrefe et al. 2015: Tabelle 2). Der Anstieg ist überraschend, weil die Beitragseinnahmen angesichts der guten Arbeitsmarktlage merklich zulegen und im kommenden Jahr der Zuschuss des Bundes zum Gesundheitsfonds um 2,5 Mrd. Euro angehoben wird. Die GKV hat vor wenigen Jahren noch Milliardenüberschüsse aufgewiesen, was zu einer Debatte über die Verwendung der Überschüsse führte und letztlich die Abschaffung der Praxisgebühr begünstigte (Bahr et al. 2012). Nun ist sie merklich unter steigenden Ausgabendruck geraten und dürften im laufenden wie im vorangegangenen Jahr Defizite ausweisen (Tabelle 1).

Die vorliegende Analyse beleuchtet die Entwicklung der Finanzlage der GKV seit Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 und diskutiert mögliche Ursachen dafür. Dabei ist die demografische Entwicklung für sich genommen zwar einer der Treiber, aber bei weitem nicht alleine verantwortlich. Jüngst führten vor allem Effekte, die über Effekte der Alterung der Gesellschaft hinausgehen, zu stark steigenden Ausgaben im Gesundheitssektor. Die Ursachen der zusätzlichen Mengeneffekte können auf eine erhöhte Nachfrage infolge des medizinisch-technischen Fortschritts, veränderte Krankheitsbilder oder auf Präferenzänderungen zurückgehen. Eine Analyse dieser Ur-

**Tabelle 1:**  
Budgetsituation der GKV (Mrd. Euro)

	Budgetsaldo der GKV	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds*
2009	-1,0	0,72
2010	3,7	3,87
2011	9,5	9,59
2012	9,0	12,29
2013	1,9	13,67
2014	-2,4	12,2
2015	-3,4	10,0

\*Liquiditätsreserve: Übertrag in den Folgemonat jeweils im Monat Dezember. 2015: Schätzung.

**Quelle:** Bundesversicherungsamt; Deutsche Bundesbank; eigene Schätzungen und Berechnungen.

\* Der Autor dankt Alfred Boss, Friedrich Breyer, Klaus Schrader und Henning Klodt für sehr hilfreiche Diskussionen und Anmerkungen.

sachen ist an dieser Stelle allerdings nicht möglich, was letztlich Prognosen über die Dauerhaftigkeit der Dynamik erschwert.

Sollte die Ausgabendynamik, die am aktuellen Rand zu verzeichnen ist, anhalten, dürfte sich die Finanzlage der GKV weiter merklich verschlechtern. Schließlich hat sich die jüngste Verschlechterung vor dem Hintergrund einer ausgesprochen guten Einnahmenentwicklung ergeben. Hinzu kommt, dass das Ende des demografischen Zwischenhochs, das die Einnahmeseite jüngst begünstigt hat, absehbar ist.<sup>1</sup> Zwar verfügen sowohl der Gesundheitsfonds als auch einzelne Kassen über merkliche Reserven, doch ist bei unveränderter Politik wahrscheinlich, dass die Zusatzbeiträge in der GKV weiter steigen werden. Dies ist besonders brisant, weil mit dem Eintritt der Babyboomer in das Rentenalter zusätzlich mit erheblich höheren Beiträgen in der Rentenversicherung zu rechnen ist und die Belastung der Arbeitnehmer somit in der mittleren Frist stark steigen dürfte (Bundesregierung 2015). Zudem wird bereits im Jahr 2017 der Beitragssatz der Sozialen Pflegeversicherung merklich angehoben.

## Politische Maßnahmen in den vergangenen Jahren

---

Im Jahr 2009 wurde der Gesundheitsfonds eingeführt. Die Einnahmen aus dem Bundeszuschuss und aus Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz fließen diesem zu und werden dann entsprechend der Versichertenzahlen und der Risikoprofile an die einzelnen Krankenkassen verteilt. Die Krankenkassen haben darüber hinaus die Möglichkeit, Zusatzbeiträge bei ihren Mitgliedern zu erheben, bis zum Jahr 2014 in Form von Pauschalen und seit dem 1.1.2015 proportional zum versicherungspflichtigen Einkommen. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde auch der Bundeszuschuss neu geregelt und deutlich angehoben. Zudem wurde der allgemeine Beitragssatz mehrfach variiert. Nachdem dieser im Zuge der Konjunkturpakete Mitte des Jahres 2011 deutlich abgesenkt worden war, erreichte er 2011 wieder 15,5 %. Zeitgleich wurden Regelungen zur Jahresentgeltgrenze angepasst. Seither muss diese nur einmal überschritten werden, um den Entfall der Versicherungspflicht nach sich zu ziehen. Zuvor musste diese über drei Jahre in Folge übertroffen werden. Im Jahr 2015 wurde der allgemeine Beitragssatz zwar deutlich abgesenkt, dafür aber einkommensabhängige Zusatzbeiträge eingeführt, so dass der effektive Satz kaum gesunken sein dürfte.

Außer bei den Regelungen zu den Beitragseinnahmen hat die Politik wiederholt auch auf der Ausgabenseite eingegriffen. So dürfte die Gesundheitsreform 2011 für Minderausgaben von jährlich 3,5 Mrd. Euro gesorgt haben, die sich vor allem in geringeren Ausgaben im Medikamentenbereich ausgewirkt haben. Allerdings ist angesichts des hohen Ausgabenanstiegs für Medikamente im Jahr 2014 davon auszugehen, dass der Effekt nicht im vollen Umfang dauerhaft ist (Tabelle 2). Vielmehr dürften viele Rabattverträge in besagtem Jahr

---

<sup>1</sup> Das „demografischen Zwischenhoch“ bezeichnet die zeitweise Stagnation bzw. leichten Anstieg des Anteils von Personen im Erwerbsalter in den Jahren um das Jahr 2010. Vgl. dazu Boysen-Hogrefe et al. (2012: Kasten 4) oder Sachverständigenrat (2013: Ziffer 546).

ausgelaufen sein. Der Gesundheitsreform 2011 folgten viele ausgabensteigernde Eingriffe der Politik. Dazu gehört das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen, das die Attraktivität des Arztberufs im ländlichen Raum stärken soll – zuerst ausgabenwirksam im Jahr 2012. Im Jahr 2013 wurde die Praxisgebühr, ein Pauschalbetrag der in jedem Quartal einmalig im Falle eines Arztbesuchs entrichtet werden musste, abgeschafft. Die Praxisgebühr führte in den Vorjahren zu Einnahmen von etwa 2 Mrd. Euro, diese wurden in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen als ausgabenmindernd verbucht. Entsprechend sind seit dem Wegfall der Praxisgebühr die Ausgaben in etwa um diesen Betrag höher.<sup>2</sup> Im Jahr 2015 wurden die Bemühungen einer besseren flächendeckenden Gesundheitsversorgung weiter durch das Versorgungsstärkungsgesetz verstärkt. Im Jahr 2016 treten das Hospiz- und Palliativgesetz und das Gesetz zur Struktur der Krankenhausversorgung, demzufolge effiziente Krankenhäuser besser vergütet werden, und in Kraft, die beide zu Mehrausgaben führen dürften. Das zuletzt genannte Gesetz ist mit dem Bestreben verbunden, die Gesundheitsversorgung langfristig effizienter und somit günstiger zu gestalten. Wann und in welchem Umfang es allerdings seine ausgabenmindernde Wirkung entfaltet, ist noch nicht absehbar (vgl. auch Sachverständigenrat 2015, Kapitel 6, Anhang).

**Tabelle 2:**  
Budgeteffekte von Maßnahmen in der GKV (Mrd. Euro)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gesundheitsreform 2011	3,5	3,5	3,5	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen		-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
Abschaffung der Praxisgebühr			-1,9	-1,9	-1,9	-1,9	-1,9	-1,9	-1,9	-1,9
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz					-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,1
Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung						-0,5	-0,9	-1,2	-1,3	-1,4
Hospiz- und Palliativgesetz						-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
<i>Summe</i>	3,5	3,3	1,3	-0,4	-0,7	-1,6	-2,0	-2,3	-2,4	-2,2
<i>Veränderung zum Vorjahr</i>	3,5	-0,2	-2,0	-1,7	-0,3	-0,9	-0,4	-0,3	-0,1	0,2

Gemessen an den Verhältnissen im Jahr 2010. Ohne Änderungen der Beitragssätze und anderen Regelungen, die das Beitragsaufkommen betreffen.

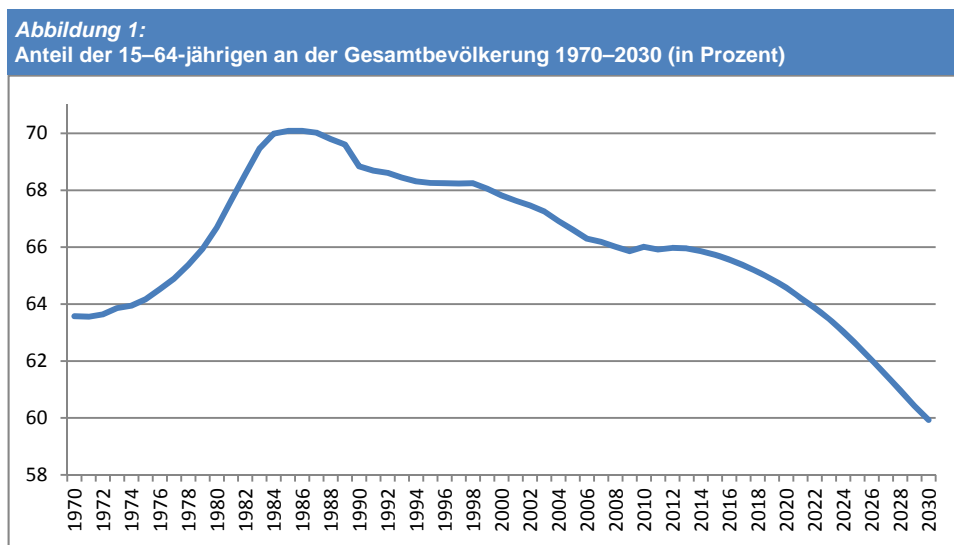
**Quelle:** Deutscher Bundestag; eigene Schätzungen und Berechnungen.

## Die Einnahmesituation

Die GKV konnte in den vergangenen Jahren merklich von der guten Arbeitsmarktlage profitieren. So stiegen die beitragspflichtigen Löhne der Versicherten in etwa mit der Bruttolohn- und Gehaltssumme an. Nur im Jahr 2011 gab es einen merklich geringeren Anstieg, da in

<sup>2</sup> Bei der Setzung, dass durch den Wegfall der Praxisgebühr in gleichem Umfang wie das letzte Volumen der Praxisgebühr Ausgaben entstehen, wird unterstellt, dass die Praxisgebühr keine größeren Lenkungswirkungen entfaltet hat (vgl. dazu die Diskussionen in Bahr et al. 2012).

diesem Jahr zum einen die Regelungen zum Verhältnis zwischen Jahresentgeltgrenze und Versicherungspflicht verändert wurden und zum anderen die Beitragsbemessungsgrenze infolge der üblichen Anpassung anhand der Veränderungsrate der Brutto- und Gehaltssumme des Vorjahres sehr schwach ausfiel. Hingegen entwickelten sich die Beiträge der Rentner über den betrachteten Zeitraum relativ schwach, was vor allem daran lag, dass die Rentenanpassungen in den Jahren 2011 bis 2014 gedämpft waren, um das Ausbleiben der Rentenkürzung im Jahr 2010 auszugleichen.



Quelle: Statistisches Bundesamt, 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen, Variante G1-L1-W2; eigene Berechnungen und Darstellung.

Die hohe Beitragsdynamik in den vergangenen Jahren wurde ferner dadurch gestützt, dass die Gesetzliche Krankenversicherung auf der Einnahmeseite vom demografischen Zwischenhoch (Abbildung 1), das die vergleichsweise günstige Entwicklung des Anteils der 15 bis 64-jährigen an der Gesamtbevölkerung um das Jahr 2010 beschreibt, und von der steigenden Erwerbsbeteiligung Älterer profitieren konnte. Kinder sind beitragsfrei mitversichert und Rentner zwar über die Krankenversicherung der Rentner in der GKV, doch ist hier die Bemessungsgrundlage niedriger als bei der aktiven Bevölkerung. Zudem dürften sinkende Betreuungsaufgaben infolge der geringen Zahl Minderjähriger und der Ausbau der Fremdbetreuung die Erwerbsquote begünstigt haben, was wegen der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern zusätzliche Bedeutung für die GKV hat (Erbe 2012: 422).

Ferner erhält die Gesetzliche Krankenversicherung einen Bundeszuschuss, der an den Gesundheitsfonds fließt. Dieser wurde bei seiner Einführung im Jahr 2009 auf jährlich 14 Mrd. Euro festgesetzt. Nachdem die vorübergehende Absenkung der Beitragssätze im Rahmen der Konjunkturpakete – die von höheren Bundeszuschüssen begleitet wurden – ausgelaufen ist und im Zuge der Gesundheitsreform 2011 die Ausgabendynamik deutlich abflachte, kam es im Gesundheitsfonds bzw. in der GKV zu spürbaren Überschüssen. Der Bundeszuschuss wurde in den Jahren 2013, 2014 und 2015 auf 11,5 Mrd. Euro, 10,5 Mrd. Euro und 11,5 Mrd. Euro gesenkt. Erst im Jahr 2016 soll das alte Niveau wieder erreicht

werden. Der Bundeszuschuss wird somit an die Finanzsituation der GKV bzw. des Gesundheitsfonds angepasst. Die Abführungen an die jeweiligen Krankenversicherungen entsprechen weiterhin den langfristigen Finanzierungszusagen, da die Senkung des Zuschusses ausschließlich zu Lasten der Reserven des Gesundheitsfonds gehen soll. Dass durch diese Anpassungen vordringlich der Beitragssatz zur GKV stabilisiert werden soll, kann daraus aber nicht abgeleitet werden. Schließlich haben die Senkungen in den genannten Jahren den Aufbau eines größeren, stabilisierenden Kapitalpuffers verhindert. Erst wenn im gleichen Maße in den kommenden Jahren der Bundeszuschuss stärker steigt, wäre die These von der Stabilisierung des Beitragssatzes durch Bundeseingriff gerechtfertigt.<sup>3</sup>

## Die Ausgabensituation

---

Die Gesundheitsausgaben der GKV (ohne Krankengeld) sind in den Jahren 2010, 2011 und 2012 eher moderat gestiegen, mit Raten unter 3 Prozent. Während das Jahr 2010 von einem Basiseffekt nach den starken Ausgabenanstiegen im Jahr 2009 profitiert haben dürfte, stehen die niedrigen Expansionsraten der Jahre 2011 und 2012 (2,2 und 2,6 %) im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform 2011, durch welche die Krankenkassen mit Pharmaherstellern gesonderte Rabattkonditionen aushandeln konnten. Im Jahr 2011 sanken die Ausgaben für Medikamente um 4 % und stagnierten im folgenden Jahr.

Dann kam es zur Trendwende und die Ausgaben insgesamt stiegen in den Jahren 2013 und 2014 um gut 5,5 %. Dabei geht ein Teil dieses Anstiegs im Jahr 2013 auf die Abschaffung der Praxisgebühr zurück (vgl. Tabelle 3). Bereinigt ergibt sich ein Anstieg um 4,5 %. Im Jahr 2014 hingegen expandierten die Ausgaben für Arzneimittel kräftig um rund 10 %, weil die von den Pharmaunternehmen gewährten Rabatte ausliefen. Die kräftigen Zuwächse bei den Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel im gleichen Jahr dürften auf höhere Vergütung für Hörgeräte zurückgehen (Boss 2015: 6). Unterstellt man in beiden Kostenkategorien einen „normalisierten“ Zuwachs von rund 4 %, ergäbe sich für das Jahr 2014 ein Anstieg der Gesamtausgaben von ebenfalls rund 4,5 %. Im laufenden Jahr hat sich die Dynamik der Ausgaben zwar etwas abgemildert, liegt aber weiterhin mit geschätzten 4,3 % im Vorjahresvergleich auf hohem Niveau und bestätigt weitgehend die Tendenz von jährlichen Kostenanstiegen um die 4,5 %.

---

<sup>3</sup> Aus konjunkturpolitischer Sicht wären schwankende Bundeszuschüsse zur Stabilisierung der Beitragssätze überlegenswert. Das Ausmaß der automatischen Stabilisatoren würde erhöht und die Auswirkungen der Konjunkturschwankungen würden von dem staatlichen Akteur mit der höchsten Bonität, dem Bund, finanziert.

**Tabelle 3:**  
Ausgaben der GKV 2009 bis 2015

	Kranken- häuser	Medikamente	Arzt	Zahnarzt	Heil- und Hilfsmittel	Krankengeld	Verwaltung	Sonstige	Summe
<i>Mrd. Euro</i>									
2009	56,0	30,7	27,6	11,2	9,6	7,3	8,9	19,5	170,8
2010	56,7	30,1	28,4	11,4	10,6	7,8	9,6	21,1	175,8
2011	58,5	28,9	29,1	11,7	11,2	8,5	9,5	22,2	179,6
2012	60,2	29,2	29,7	11,7	11,5	9,2	9,7	23,2	184,3
2013	62,9	30,1	32,8	12,6	12,1	9,8	10,0	24,4	194,5
2014	65,7	33,1	34,2	13,0	13,1	10,6	10,1	25,8	205,6
2015	68,5	34,9	35,7	13,5	13,7	11,3	10,2	26,5	214,4
<i>Veränderungsrate in Prozent</i>									
2009	6,37	5,32	6,75	2,68	5,31	10,25	3,10	6,08	5,88
2010	1,29	-1,79	2,88	1,78	10,76	7,43	6,76	8,38	2,91
2011	3,18	-4,01	2,19	2,03	5,50	9,39	-0,69	5,17	2,16
2012	2,83	0,75	2,15	0,84	2,54	7,53	2,35	4,24	2,61
2013	4,54	3,07	10,50	7,40	5,31	6,40	2,76	5,05	5,56
2014	4,49	10,12	4,28	3,24	8,24	8,82	0,84	5,88	5,68
2015	4,30	5,40	4,50	3,40	4,90	6,00	1,70	2,60	4,30
<i>Expansionsbeitrag in Prozentpunkten</i>									
2009	2,08	0,96	1,08	0,18	0,30	0,42	0,17	0,69	
2010	0,42	-0,32	0,47	0,12	0,60	0,32	0,35	0,96	
2011	1,03	-0,69	0,35	0,13	0,33	0,42	-0,04	0,62	
2012	0,92	0,12	0,35	0,05	0,16	0,36	0,12	0,53	
2013	1,48	0,49	1,69	0,47	0,33	0,32	0,15	0,64	
2014	1,45	1,56	0,72	0,21	0,51	0,44	0,04	0,74	
2015	1,37	0,87	0,75	0,22	0,31	0,31	0,08	0,33	

Quelle: Deutsche Bundesbank (2015); eigene Schätzungen und Berechnungen.

## Der Einfluss der Demografie in der aktuellen Situation

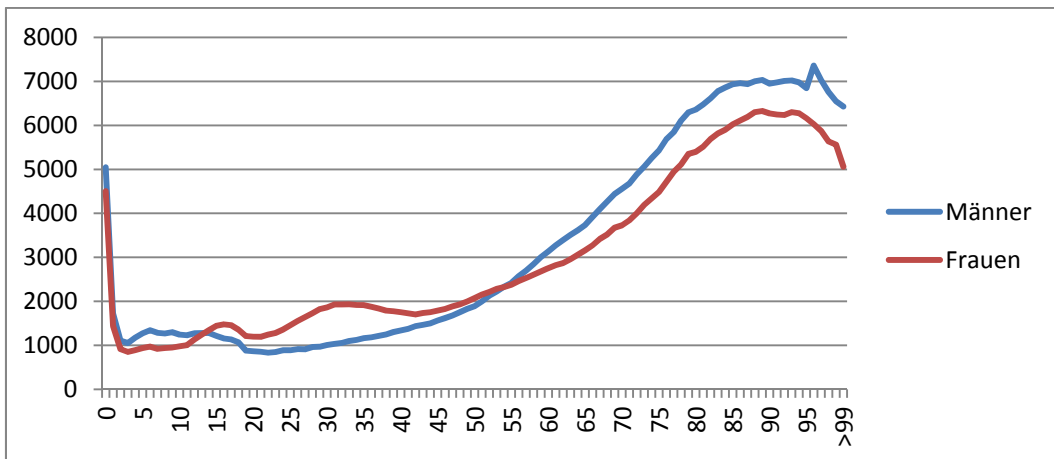
Die Demografie kann sowohl Effekte auf der Einnahmeseite wie auf der Ausgabenseite haben. Wie bereits erwähnt hat die Demografie aktuell kaum negative Auswirkungen auf die Einnahmesituation, da sich die Quote der Personen im erwerbsfähigen Alter in den Jahren um das Jahr 2010 kaum verändert hat und der Anstieg der Erwerbsquoten auch mit der in den vergangenen Jahren niedrigen Fertilität einhergegangen sein dürfte. Daher soll an dieser Stelle die Ausgabenseite in den Blick genommen werden. Der Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Demografie erscheint plausibel und lässt sich leicht erfassen. So nehmen die Gesundheitsausgaben mit dem Alter für Männer und Frauen wie in den Ausgabenprofilen der GKV dargestellt merklich zu. Nur das erste Lebensjahr geht wegen der Ausgaben im Anschluss an die Geburt mit ähnlichen hohen pro Kopf-Ausgaben einher wie die höheren Lebensjahre (Abbildung 2).

Augenfällig ist auch, dass der Beitragssatz in der GKV seit der Wiedervereinigung zeitgleich mit dem Anteil der älteren Bevölkerung gestiegen ist (Abbildung 3). Allerdings wäre es eine nicht zulässige Vereinfachung, die aktuelle Entwicklung in der GKV alleine mit der Alterung der Gesellschaft zu begründen. Die rein demografischen Effekte auf der Ausgabenseite



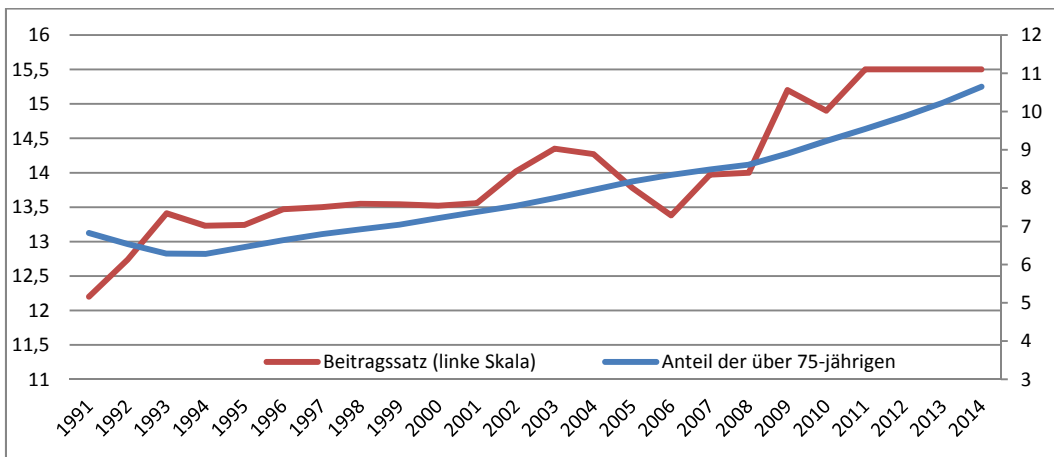
sind zu gering, um die rasante Verschlechterung der Finanzlage der GKV zu erklären, was sich anhand einer Modellrechnung unter Heranziehung der Ausgabenprofile der GKV darstellen lässt.

**Abbildung 2:**  
Ausgabenprofile ohne Krankengeld der GKV 2013 (Euro pro Kopf)



Quelle: Bundesversicherungsamt (2015); eigene Darstellung.

**Abbildung 3:**  
Beitragssätze in der GKV und Anteil der älteren Bevölkerung 1992–2014 (in Prozent)



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen und Darstellung.

Unter der Annahme, dass die Altersstruktur der GKV-Versicherten mit der der Gesamtbevölkerung übereinstimmt, werden die Ausgabenprofile des Jahres 2011 mit der Bevölkerungsstruktur, wie sie vom Statistischen Bundesamt bereitgestellt wird, auf das Jahr 2014 fortgeschrieben. Diese Fortschreibung kann nur zwar nur eine grobe Approximation der direkt durch die Demografie bedingten Ausgabensteigerungen liefern, da z.B. Kohorteneffekte unberücksichtigt bleiben, doch dürfte dies eine erste Approximation sein. Es ergeben sich durch diese Berechnung jahresdurchschnittliche Ausgabenzuwächse für die Jahre 2011



bis 2014 von etwa 0,9 %. Dieser Wert wird nun mit den Ergebnissen der folgenden Berechnung verglichen. Die Ausgabenprofile der Jahre 2011 und 2013 werden beide auf die gleiche Bevölkerungsstruktur des Jahres 2011 bezogen. Es ergibt sich ein jahresdurchschnittlicher Zuwachs von gut 3 %.

Diese 3 % sind allerdings durch Inflationseffekte, aber auch durch den Wegfall der Praxisgebühr und die Rabattierungen im Zuge der Gesundheitsreform 2011, die sich aber in etwa gegenseitig aufheben, beeinflusst, so dass sie nicht direkt mit den zuvor genannten 0,9 % verglichen werden können. Bezüglich der Inflation lässt sich festhalten, dass in den Jahren 2011 bis 2013 die Verbraucherpreisinflationsrate in Deutschland durchschnittlich knapp 1,9 % betrug, gemessen am Deflator des Bruttoinlandsprodukts knapp 1,7 %, so dass ein „realer“ Effekt von über 1 % verbleibt, also in vergleichbarer Größe wie der rein demografische Effekt. Der „reale“ Effekt kann dabei auch auf Preissteigerungen im Gesundheitssektor zurückzuführen sein, die über die allgemeine Inflation hinausgehen. Um wiederum bewerten zu können, inwieweit die Preisentwicklung im Gesundheitssektor von der allgemeinen abweicht, wäre die Betrachtung von Preisindices im Gesundheitssektor wünschenswert. Allerdings ist eine genaue Zerlegung in Preis- und Mengenkomponekte bei Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen insbesondere wegen der schwer quantifizierbaren Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts kaum leistbar.

Um die Zahlen der Jahre 2011 bis 2013 bzw. 2014 aus den Ausgabenprofilen und die daraus resultierenden „rein demografische“ Effekte einzuordnen, wird eine ähnliche Betrachtung für die Jahre 1996 bis 2010 herangezogen. Die Gesundheitsausgaben der GKV (ohne Krankengeld) sind in dieser Zeit im Schnitt um 2,9 % pro Jahr gestiegen. Der „rein demografische“ Effekt, der sich errechnet, wenn man das Ausgabenprofil beibehält und nur die Bevölkerungsschichtung variiert, liegt bei 0,7% pro Jahr Anstieg. Der verbleibende Effekt von 2,2 Prozentpunkten ist deutlich größer als der durchschnittliche Anstieg des BIP-Deflators (0,8 %) oder der Verbraucherpreise (1,5 %). Dabei ist zudem zu bedenken, dass in der Zeit zwischen 1996 und 2010 mehrere Gesundheitsreformen Ausgabendämpfungen herbeiführen sollten.

Aus den hier angestellten Berechnungen lässt sich schlussfolgern, dass die Dynamik der Gesundheitsausgaben in der GKV nicht alleine auf die allgemeine Preisentwicklung und die „reinen“ Effekte des demografischen Wandels zurückzuführen ist (vgl. auch Nöthen 2011). An dieser Stelle lässt sich nur vermuten, was diese zusätzliche Dynamik speist. Die Frage, ob zum Beispiel der medizinisch-technische Fortschritt kostensteigernd oder kostendämpfend wirkt, ist weiterhin Gegenstand einer offenen Debatte (ein aktueller Überblick findet sich in Breyer 2015). Eine weitere Quelle könnten Präferenzänderungen sein bzw. ein Zusammenspiel aus sich ändernden medizinisch-technischen Möglichkeiten, demografischen Verschiebungen und damit verbundenen Präferenzen der Versicherten (Breyer et al. 2015).

Da die Konstellation, dass allgemeines Preisniveau und „reine“ Demografie die Kostenentwicklung alleine unterzeichnen, seit vielen Jahren Bestand hat, erscheint es wahrscheinlich, dass die Ausgaben in der GKV weiterhin stärker als entsprechend der beiden genannten Effekte steigen werden. Für die kommenden Jahre wird abgesehen vom Einfluss von

Rechtsänderungen eine Dynamik der Gesundheitsausgaben ohne Krankengeld von jährlich knapp unter 4,5 % unterstellt. Inklusive Krankengeld werden 4,5% angenommen. Diese Annahme deckt sich mit der Dynamik die unter Berücksichtigung mehrerer Sondereffekte in den vergangenen Jahren zu beobachten war.

### Projektion für die Jahre 2015 bis 2020

---

In der Projektion des Haushalts der GKV werden Annahmen aus dem Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Rentenzahlungen und der Brutto- und -gehaltssumme für die Jahre 2016 bis 2020 übernommen (Bundesregierung 2015). Diese dienen zur Fortschreibung der Beitragseinnahmen, wobei ein durchschnittlicher (effektiver) Beitragssatz von 15,7 % gesetzt wird. Der Bundeszuschuss steigt im Jahr 2016 auf 14 Mrd. Euro und wird für die Folgejahre mit 14,5 Mrd. Euro angenommen. Die sonstigen Einnahmen werden konstant gehalten.

Für die Gesundheitsausgaben wird die Annahme eines kontinuierlichen Aufwuchses von jährlich 4,5 % getroffen. Es wird folglich unterstellt, dass die Ausgabendynamik im Gesundheitssystem ähnlich hoch bleibt wie am aktuellen Rand. Für Verwaltungsausgaben und sonstige Ausgaben wird ein jährlicher Anstieg von 2 % angenommen.

In der vorliegenden Modellrechnung werden Folgen des starken Flüchtlingszustroms nicht gesondert berücksichtigt, da entweder die Gesundheitsausgaben von den Gebietskörperschaften getragen werden oder davon ausgegangen wird, dass im Falle, dass Flüchtlinge Mitglied der GKV sind bzw. werden, die Ausgleichspauschalen die entsprechenden Kosten abdecken (Kasten 1).

#### *Kasten 1:*

##### Gesundheitsausgaben im Zuge des Flüchtlingszustroms

Die Gesundheitsausgaben für Personen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten, werden von den Gebietskörperschaften getragen, unabhängig davon, ob zuvor eine Gesundheitskarte ausgegeben wurde – also die Ausgaben zunächst über die GKV abgerechnet werden – oder nicht, da entweder die Ausgaben der GKV erstattet werden oder die Gebietskörperschaften direkt mit den Erbringern der Gesundheitsleistungen abrechnen. Nach der Anerkennung oder nach einem Aufenthalt von 18 Monaten in Deutschland sind die meisten Flüchtlinge anspruchsberechtigt auf ALG II. Die Beiträge für ALG II-Bezieher trägt der Bund in Form einer Pauschale. Abweichende Regelungen kann es bei Aufstockern, privat Versicherten oder freiwillig gesetzlich Versicherten geben. Für die Projektion wird unterstellt, dass die Pauschale die Ausgaben deckt.

Die Projektion zeigt, dass durch die höheren Zusatzbeiträge im Jahr 2016 der Saldo der GKV zwar ausgeglichen werden kann, dass aber in den Folgejahren wieder mit Defiziten zu rechnen ist, sofern die Ausgabendynamik anhält (Tabelle 4). Der notwendige Beitragssatz

zum Ausgleich des Defizits läge 2020 bei etwa 16,4 %. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag betrüge dann somit 1,8 Prozentpunkte.

**Tabelle 4:**  
Prognose des Haushalts der GKV 2015 bis 2020 (Mrd. Euro)

	<i>Einnahmen</i>	Beiträge	Bundes- zuschuss	Sonstige	<i>Ausgaben</i>	Gesundheits- ausgaben	Sonstige	<b>Saldo</b>
2015	211,09	196,09	11,50	3,50	214,30	177,61	36,69	<b>-3,22</b>
2016	223,06	205,56	14,00	3,50	223,03	185,60	37,43	<b>0,03</b>
2017	230,88	212,88	14,50	3,50	232,13	193,95	38,18	<b>-1,25</b>
2018	237,25	219,25	14,50	3,50	241,62	202,68	38,94	<b>-4,37</b>
2019	243,95	225,95	14,50	3,50	251,52	211,80	39,72	<b>-7,58</b>
2020	250,71	232,71	14,50	3,50	261,85	221,33	40,51	<b>-11,14</b>

**Quelle:** Eigene Schätzungen und Berechnungen.

## Schlussfolgerungen

Nach Einrichtung des Gesundheitsfonds und dem Auslaufen der Konjunkturmaßnahmen schien die GKV ausreichend finanziert. Durch die Gesundheitsreform 2011 konnte zudem die Ausgabendynamik merklich gedämpft werden. Doch die Überschüsse von Gesundheitsfonds und Krankenkassen der vergangenen Jahre sind passé. Die Tendenz der Ausgabendynamik im Gesundheitssystem ist anhaltend höher als die Dynamik der Einnahmen und dies trotz der derzeitigen günstigen Arbeitsmarktlage. Die Politik hat in jüngster Zeit dem nicht mehr entgegengewirkt, sondern nach 2011 die Ausgabendynamik, die nur zum Teil direkt auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist, eher befeuert.

Die Sozialversicherungen insgesamt stehen angesichts des demografischen Wandels in den kommenden Jahren vor erheblichen Herausforderungen. Die Beitragsbelastung der Arbeitnehmer dürfte weiter merklich zunehmen – auch in Form der Zusatzbeiträge in der GKV. Vor diesem Hintergrund sollte die Frage, wie mit der anhaltend hohen Ausgabendynamik im Gesundheitssystem verfahren werden soll, wieder stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik rücken. Das jüngst vorgeschlagene Teilkrankengeld kann hier ein erster Schritt sein (Sachverständigenrat Gesundheit 2015). Weitere sollten folgen. Alternativ würden steigenden Zusatzbeiträge nicht eine einmalige Korrektur, sondern zum jährlich wiederkehrenden Regelfall.

## Literatur

---

- Bahr, D., J. Graalman, H. Jürges, W. Greiner, M. Kifmann und M. Rüter (2012). Überschüsse der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds: Abschaffung der Praxisgebühren, Beitragssenkung oder Reservenbildung: Was ist sinnvoll? *Ifo-Schnelldienst* 65 (23): 3–19.
- Boss, A. (2015). Sozialversicherung im Defizit? Kiel Policy Brief 91. Institut für Weltwirtschaft, Kiel.
- Boysen-Hogrefe, J., D. Groll, N. Jannsen, S. Kooths, B. van Roye und J. Scheide (2012). Deutsche Konjunktur im Frühjahr 2012. Kieler Diskussionsbeiträge 504/505. Institut für Weltwirtschaft, Kiel.
- Boysen-Hogrefe, J., S. Fiedler, D. Groll, N. Jannsen, S. Kooths, M. Plödt, G. Potjagailo und M. Wolters (2015). Deutschland: Expansion trotz weltwirtschaftlicher Unruhe. Kieler Konjunkturberichte Nr. 11. Institut für Weltwirtschaft, Kiel.
- Breyer, F. (2015). Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 16 (3): 215–230.
- Breyer, F., N. Lorenz und T. Niebel (2015). Health care expenditures and longevity: is there a Eubie Blake effect? *European Journal of Health Economics* 16: 95–112.
- Bundesregierung (2015). *Rentenversicherungsbericht 2015*. Berlin.
- Bundesversicherungsamt (2015). GKV-Ausgabenprofile. Via Internet <<http://www.bundesversicherungsamt.de/risikoprüfung/risikostrukturgleichung/dateien-und-auswertungen.html>>.
- Erbe, S. (2012). Gesundheitsausgaben: Kostenexplosion und Alterslasten? *Wirtschaftsdienst* 92 (6): 420–422.
- Nöthen, M. (2011). Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? *Wirtschaft und Statistik* 2011/7, 665–675.
- Sachverständigenrat (Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2013). *Gegen eine rückwärtsgewandte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten 2013/2014*. Wiesbaden.
- Sachverständigenrat (Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2015). *Zukunftsfähigkeit in den Mittelpunkt. Jahresgutachten 2014/2015*. Wiesbaden.
- Sachverständigenrat Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2015). Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten. Bonn/Berlin.

## Imprint

Publisher: Kiel Institute for the World Economy

Kiellinie 66

D–24105 Kiel

Phone +49 (431) 8814–1

Fax +49 (431) 8814–500

Editorial team: Margitta Führmann

Helga Huss

Prof. Dr. Henning Klodt (responsible for content, pursuant to § 6 MDStV)

Dr. Klaus Schrader

The Kiel Institute for the World Economy is a foundation under public law of the State of Schleswig-Holstein, having legal capacity.

Value Added Tax Identification Number: DE 251899169

Authorised Representative: Prof. Dennis Snower, Ph.D. (President)

Responsible Supervisory Authority: Ministry of Social Affairs, Health, Science and Equality of Land Schleswig-Holstein

© 2015 The Kiel Institute for the World Economy. All rights reserved.



<http://www.ifw-kiel.de/wirtschaftspolitik/politikberatung/kiel-policy-brief>