



## Demografische Herausforderung – Gesundheitspolitische Perspektiven

### Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf den Gesundheitsfonds

Manfred Baumann

vdek

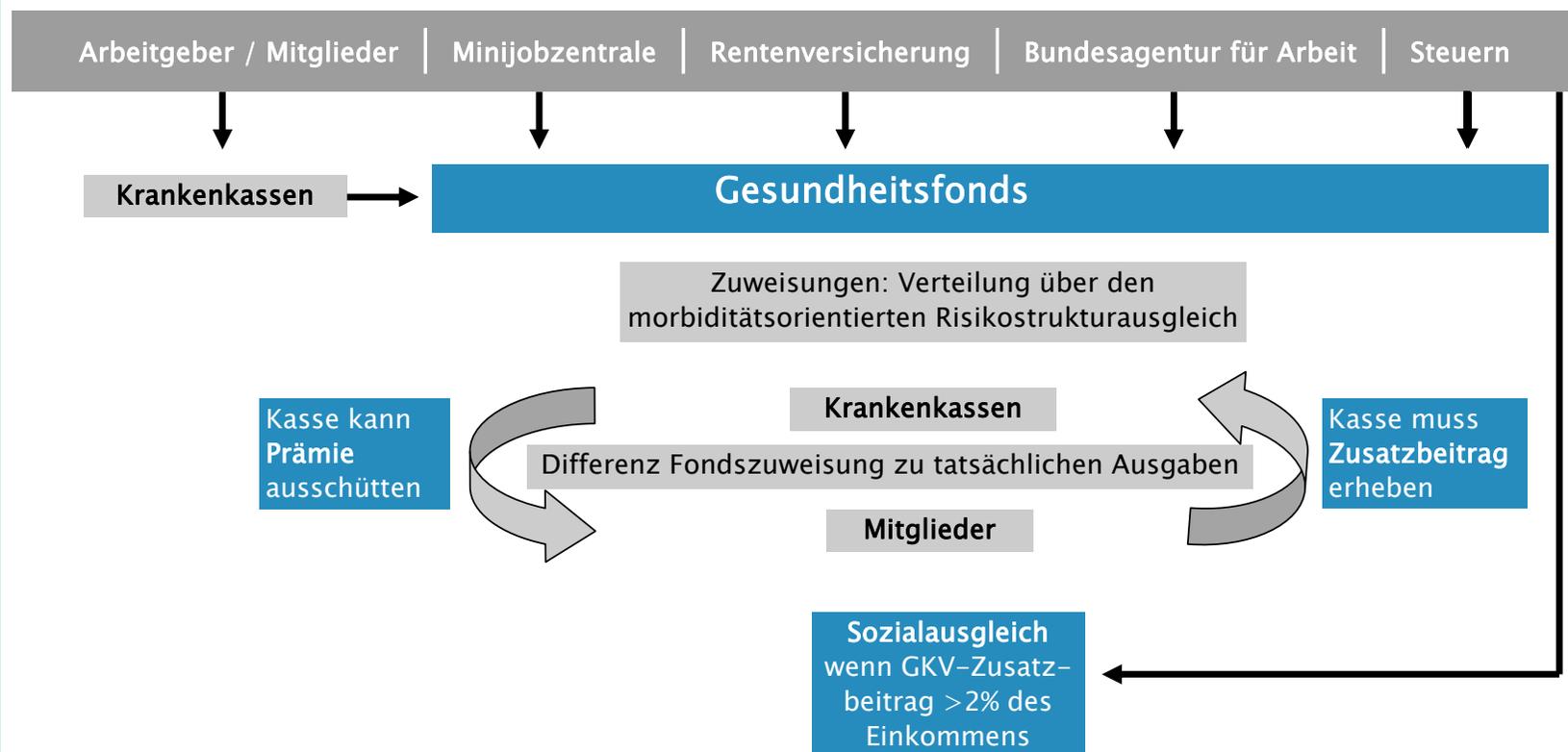
Abteilung Finanzen/Versicherung



vdek-Symposium am 24./25.11.2011 in  
Magdeburg

# Gesundheitsfonds in der GKV

## Gesundheitsfonds Darstellung der Struktur



Quelle: vdek.

# Gesundheitsfonds in der GKV

## Finanzierungssäulen der gesetzlichen Krankenkassen Darstellung der Struktur 2012

### Gesundheitsfonds

Beitragssatz: 15,5 %

Arbeitnehmer: 8,2 %  
Arbeitgeber: 7,3 % (fixiert)  
Rentenversicherung  
Bundesagentur für Arbeit  
Künstlersozialkasse  
Wehr- / Zivildienst  
Minijobzentrale  
Steuern

#### Liquiditätsreserve

Dient grundsätzlich dem Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben-schwankungen.

### Steuern

**Bundeszuschuss  
für versicherungsfremde  
Leistungen und Sozialausgleich**  
2012: insgesamt 14,0 Mrd. EUR

#### Sozialausgleich

Begrenzung der Belastung der Mitglieder, wenn der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag in seiner Höhe 2 Prozent des individuellen Einkommens des Mitglieds übersteigt.

### Zusatzbeiträge

Über die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgehende Ausgabensteigerungen werden durch einkommens-unabhängige Zusatzbeiträge finanziert.

Zukünftig werden Ausgabensteigerungen (Demografie!) ausschließlich von den Mitgliedern der GKV getragen. Gleichzeitig werden die Lohnkosten der Arbeitgeber von den Ausgabensteigerungen in der GKV entkoppelt. Der Gesetzgeber hat somit das bewährte Prinzip der paritätischen Finanzierung aufgekündigt.

Der Anteil der Zusatzbeiträge an der gesamten Finanzierung der GKV wird im Zeitverlauf immer größer.

Quelle: vdek.

# Demografieabhängigkeit des Gesundheitsfonds

## Finanzierungsprinzip Umlageverfahren

\* in jedem Jahr sind die Ausgaben für die Versicherten der GKV mit den einkommensabhängigen Beiträgen der Erwerbstätigen und Rentner, dem Steuerzuschuss, sonstigen Einnahmen und ggf. Zusatzbeiträgen zu decken

\* Gesetzlich sind: der Gesundheitsfondsbeitragsatz (GF) 15,5%  
der Steuerzuschuss

\* Das Beitragsaufkommen GF wird durch die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bestimmt

\* Die Ausgaben sind abhängig von Alter und Geschl.

← demografie-  
abhängig

Ausgaben  $\stackrel{!}{=}$  Zuweisungen GF + Zusatzbeiträge + sonst. Einnahmen

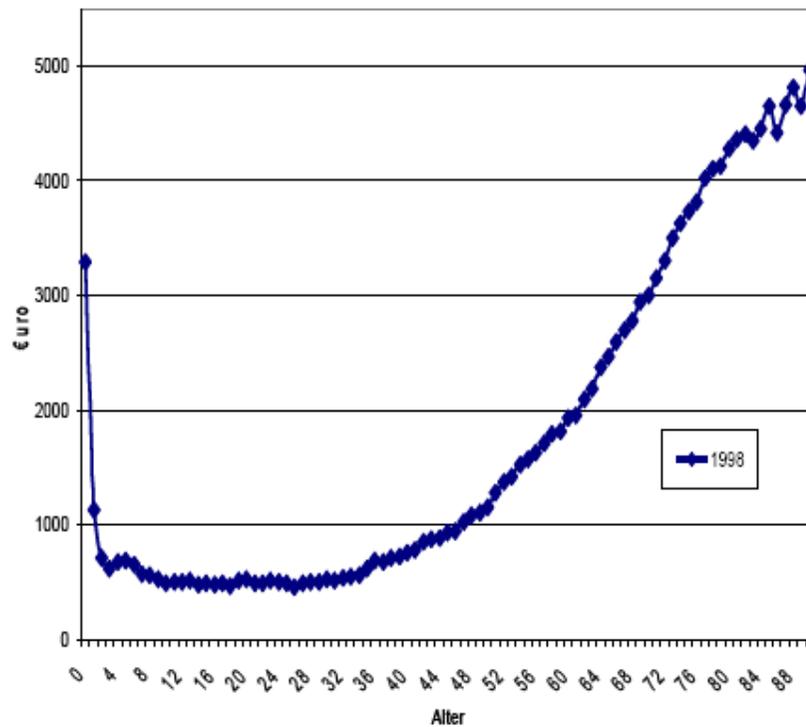
Der Zusatzbeitrag als Kopfpauschale:  
nicht direkt demografieabhängig



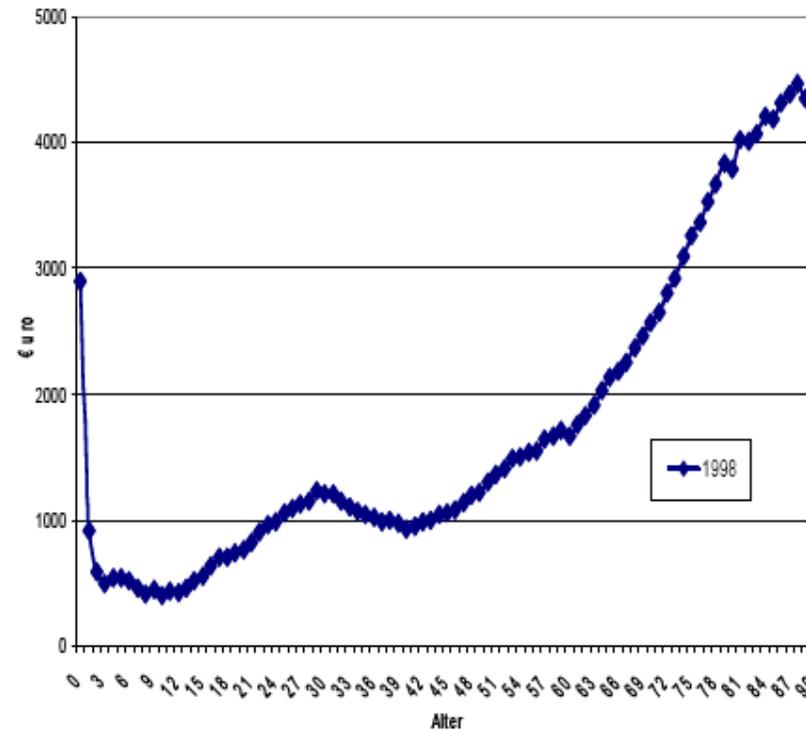


# Altersabhängigkeit der Ausgaben

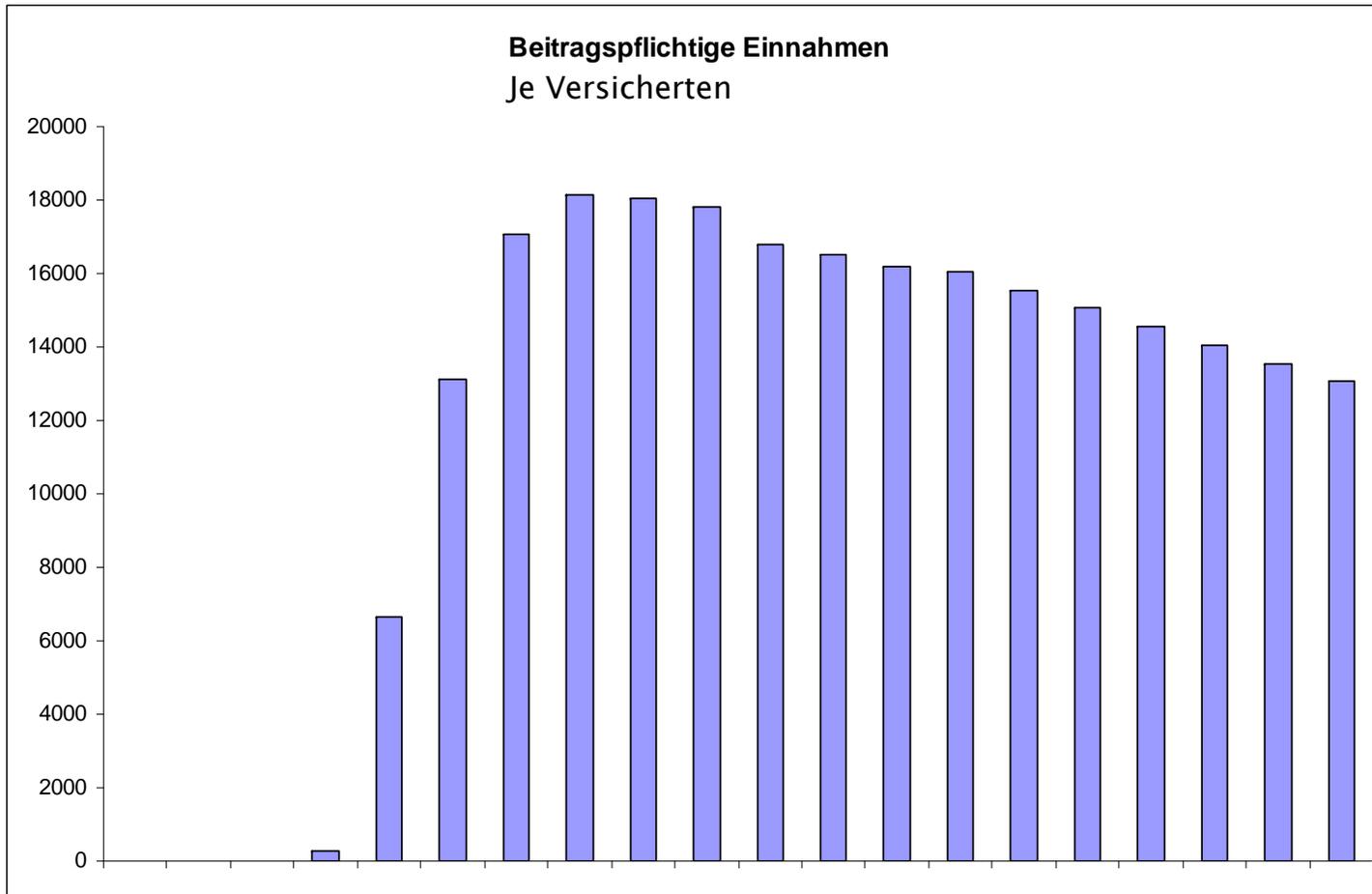
Analyse der RSA-Daten: Veränderung der Ausgabenprofile bei den **Männern** (1998-2004)



Analyse der RSA-Daten: Veränderung der Ausgabenprofile bei den **Frauen** (1998-2004)



# Altersabhängigkeit der Beitragspflichtigen Einnahmen für die GKV



# Thesen zur zukünftigen Finanzentwicklung der GKV

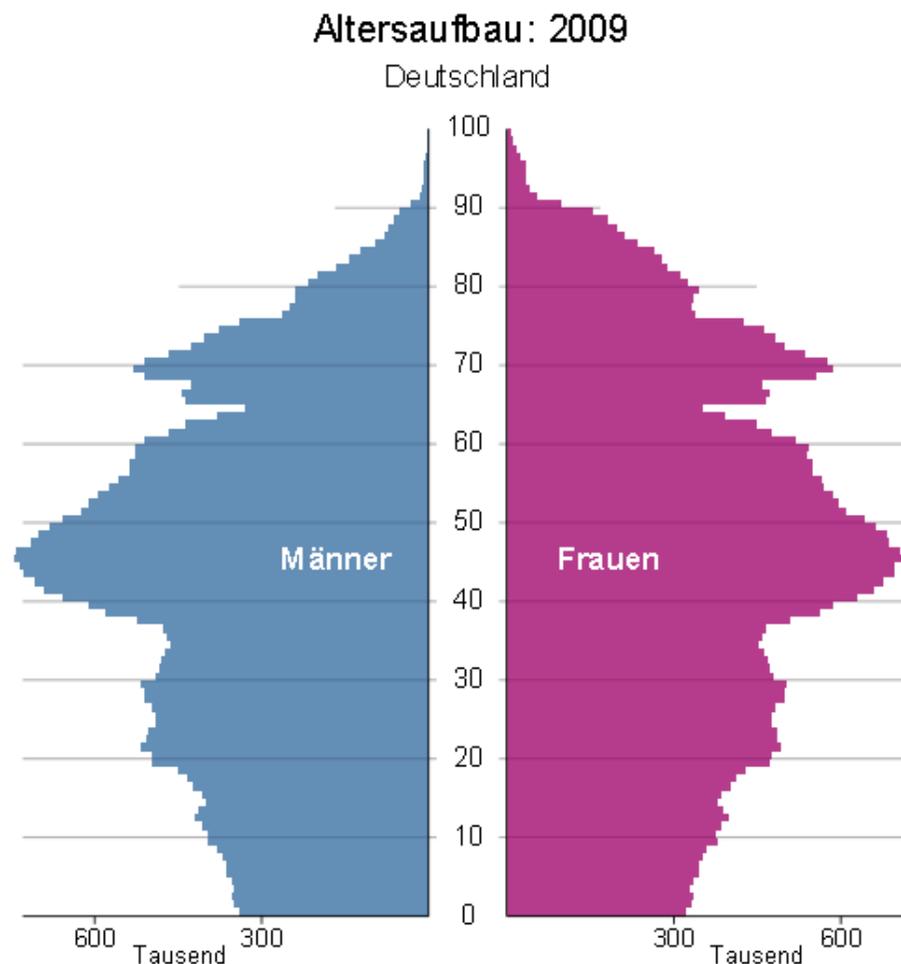
**These 1:** Mit der Erhöhung der Lebenserwartung und in Folge des medizinischen Fortschritts nimmt die Zahl gesunder Lebensjahre zu. Die Ausgaben steigen zwar mit einer alternden Bevölkerung demografisch bedingt an, aber nicht „1:1“

**These 2:** Das Phänomen zunehmender Ausgaben wg. alternder Bevölkerung ist vorübergehend und stabilisiert sich. Eine alternde Bevölkerung führt nicht zu bedrohlichem Ausgabenanstieg in der GKV. Andere Faktoren der Ausgabendynamik sind wesentlich entscheidender

**These 3:** Demografische Entwicklung führt zu steigender Beitragsbelastung, gefährdet die Finanzierung der GKV im Umlageverfahren aber nicht

**These 4:** jetzt die Weichen stellen für veränderte Morbidität und Versorgungsbedürfnisse!

# Demografische Entwicklung in Deutschland



## 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

1950 bis 2008: Fortschreibung  
2009 bis 2060: Vorausberechnung

Variante 1-W1 Die Annahmen:

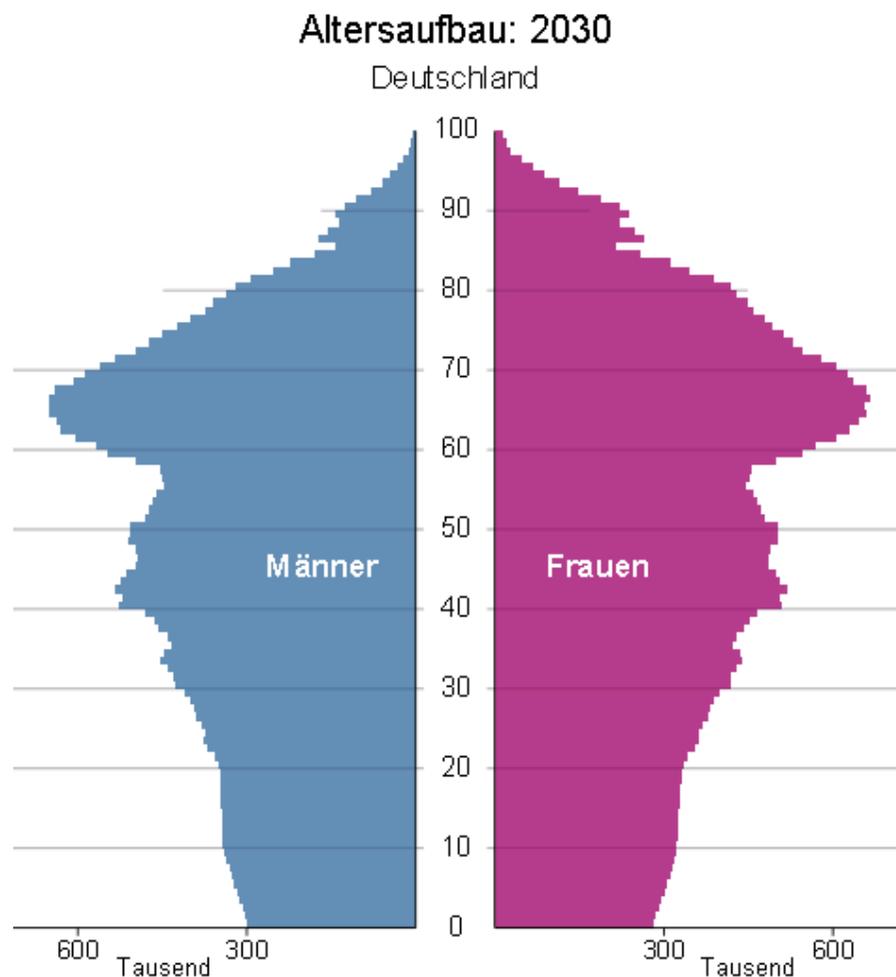
- Geburtenhäufigkeit annähernd konstant bei 1,4 Kindern je Frau
- Lebenserwartung Neugeborener im Jahr 2060:  
85,0 Jahre für Jungen  
89,2 Jahre für Mädchen
- Jährlicher Wanderungssaldo + 100 000 Personen

### Altersgruppen

<20	20-64	65+	Gesamt		AQ
15.3	49.6	16.9	81.7	Mill.	34
19	61	21	100	%	

- Altersgruppen ändern  
 Frauen- bzw. Männer-Überschuss anzeigen

# Demografische Entwicklung in Deutschland



**DI**STATIS  
wissen.nutzen.

## 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

1950 bis 2008: Fortschreibung  
2009 bis 2060: Vorausberechnung

Variante 1-W1 Die Annahmen:

- Geburtenhäufigkeit annähernd konstant bei 1,4 Kindern je Frau
- Lebenserwartung Neugeborener im Jahr 2060:  
85,0 Jahre für Jungen  
89,2 Jahre für Mädchen
- Jährlicher Wanderungssaldo  
+ 100 000 Personen

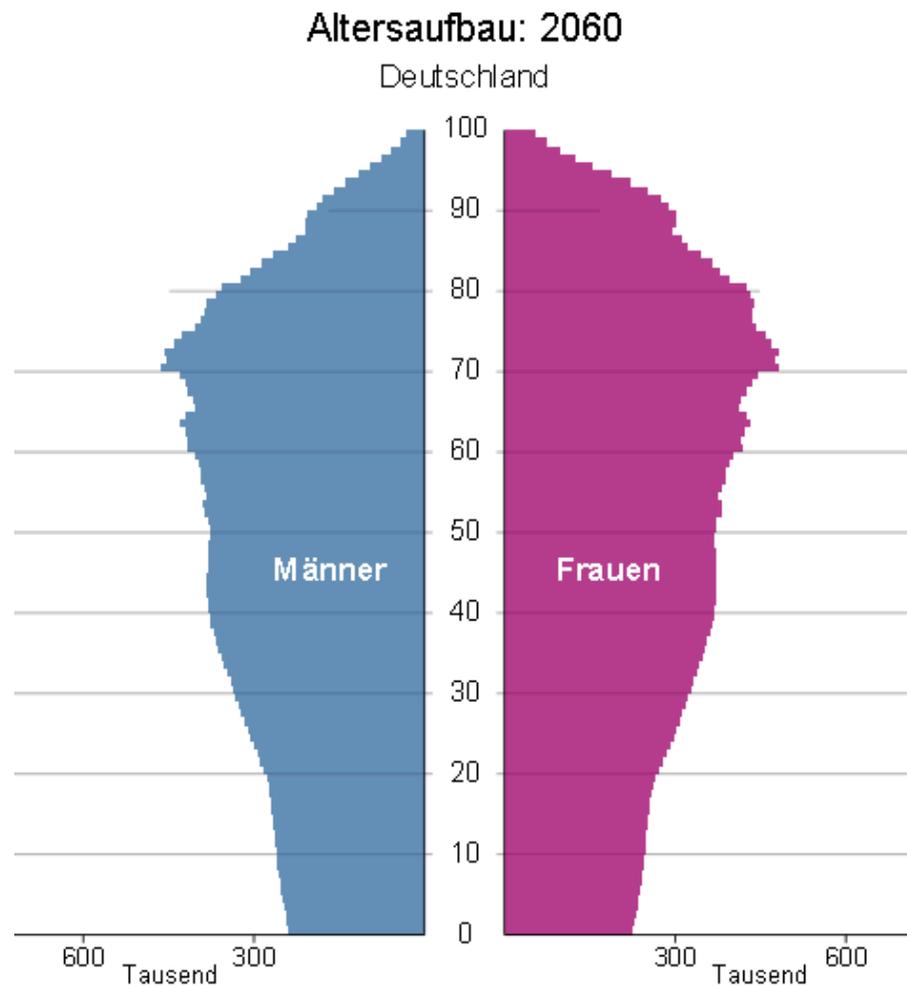
### Altersgruppen

<20	20-64	65+	Gesamt		AQ
12.9	42.1	22.3	77.4	Mill.	53
17	54	29	100	%	

- Altersgruppen ändern  
 Frauen- bzw. Männer-Überschuss anzeigen

**vdek**   
Die Ersatzkassen

# Demografische Entwicklung in Deutschland



**DI**STATIS  
wissen. nutzen.

## 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

1950 bis 2008: Fortschreibung  
2009 bis 2060: Vorausberechnung

Variante 1-W1 Die Annahmen:

- Geburtenhäufigkeit annähernd konstant bei 1,4 Kindern je Frau
- Lebenserwartung Neugeborener im Jahr 2060:  
85,0 Jahre für Jungen  
89,2 Jahre für Mädchen
- Jährlicher Wanderungssaldo  
+ 100 000 Personen

### Altersgruppen

<20	20–64	65+	Gesamt		AQ
10.1	32.6	22	64.7	Mill.	67
16	50	34	100	%	

- Altersgruppen ändern  
 Frauen- bzw. Männer-Überschuss anzeigen

**vdek**  
Die Ersatzkassen



## These 1:

Mit der Erhöhung der Lebenserwartung und in Folge des medizinischen Fortschritts nimmt die Zahl gesunder Lebensjahre zu.

Folge: die demographische Entwicklung bewirkt zwar Ausgabensteigerungen, aber nicht proportional zur Alterung der Bevölkerung

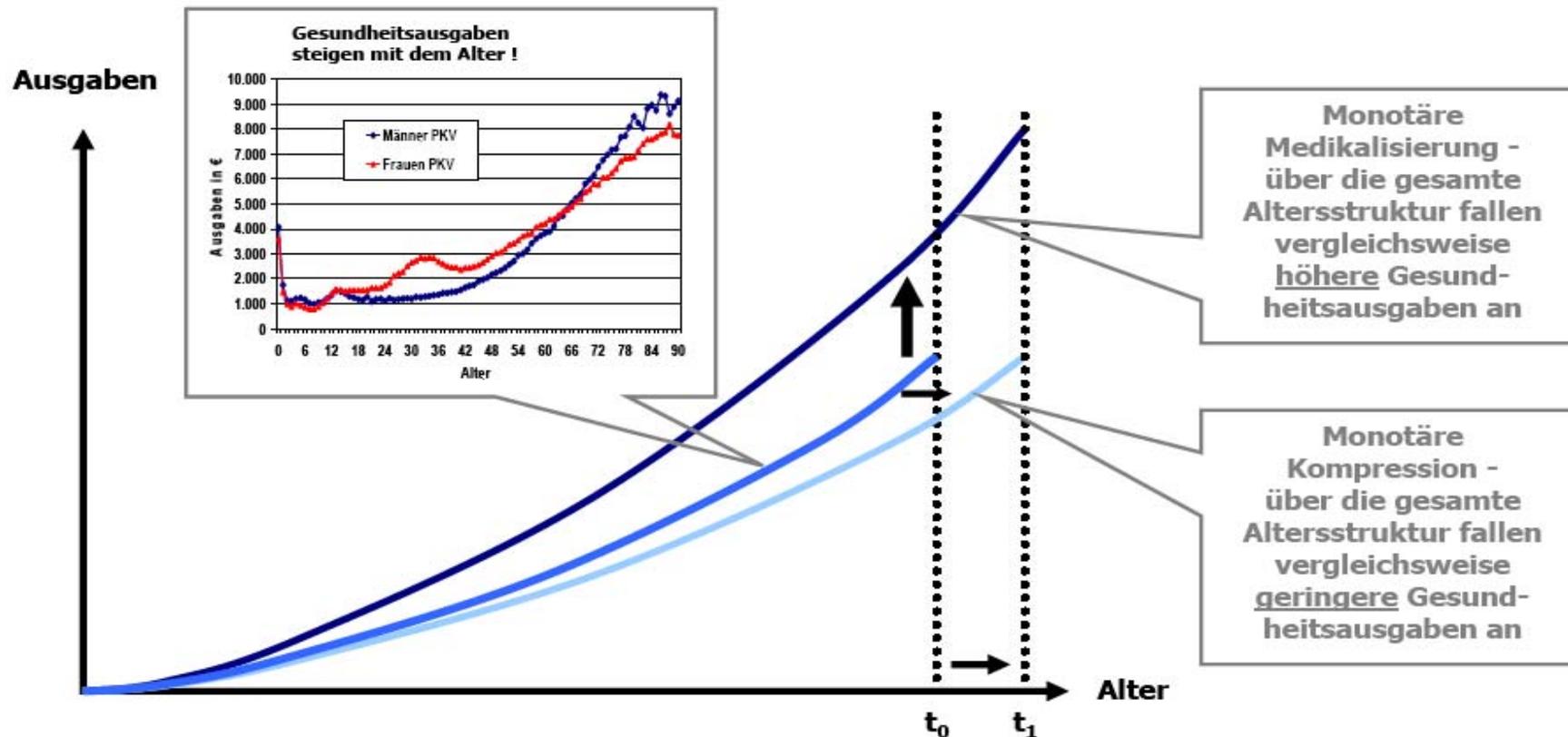


# Ist zunehmendes Alter eine Gefahr für das Gesundheitswesen?

## Zwei konkurrierende Thesen

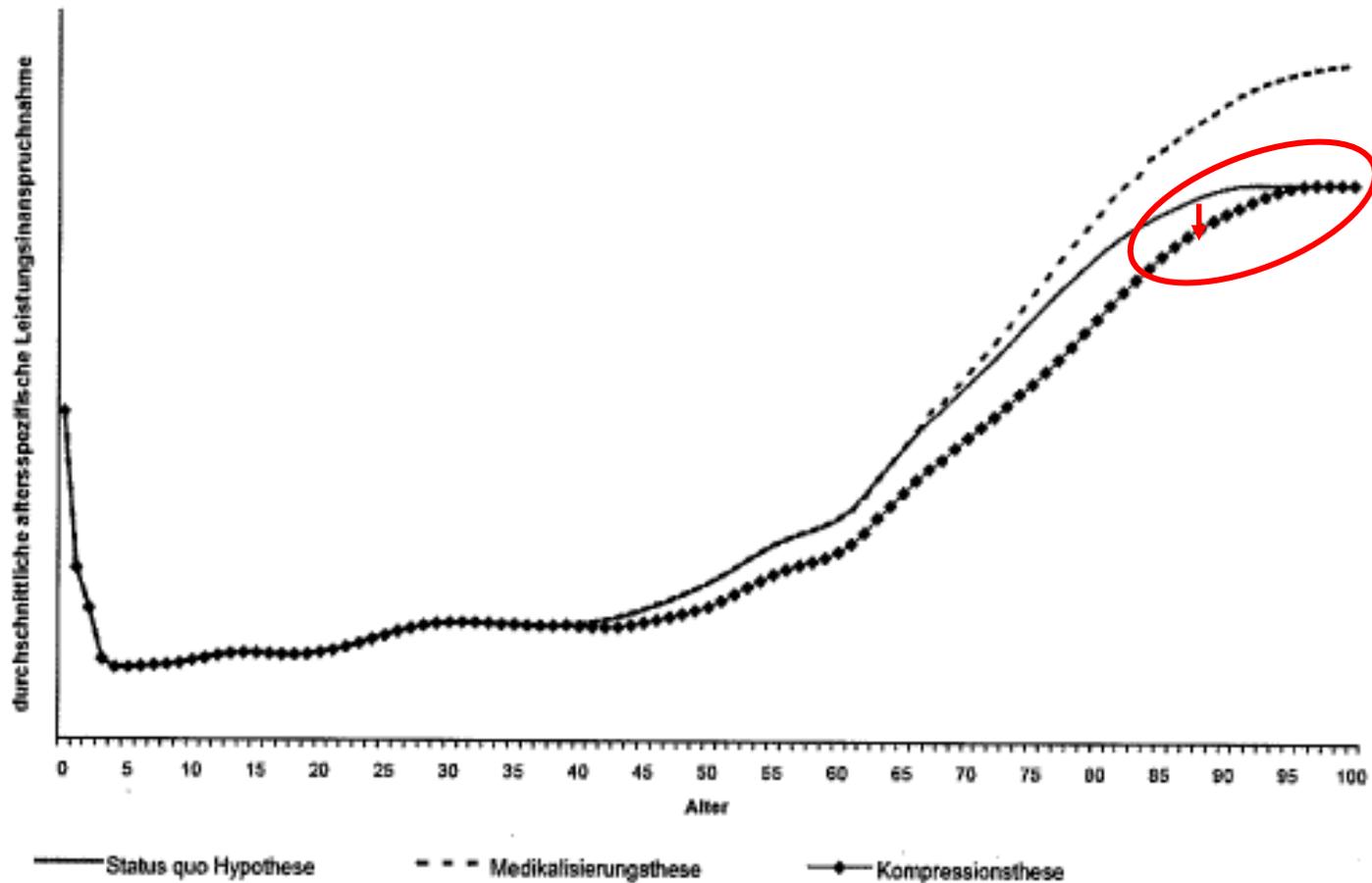
- **Kompressionsthese:** Die im Zuge des demographischen Wandels/medizinisch-technischen Fortschritts gewonnenen Jahre werden überwiegend in Gesundheit verbracht
- Monetäre Interpretation: Gesundheitsausgaben steigen nicht durch längere Lebenserwartung ! (monetäre Kompression)
- **Medikalisierungsthese** Die im Zuge des demographischen Wandels/medizinisch-technischen Fortschritts gewonnenen Jahre werden überwiegend in Krankheit verbracht
- Monetäre Interpretation: Gesundheitsausgaben steigen durch längere Lebenserwartung! (monetäre Medikalisierung)

# Ist zunehmendes Alter eine Gefahr für das Gesundheitswesen?

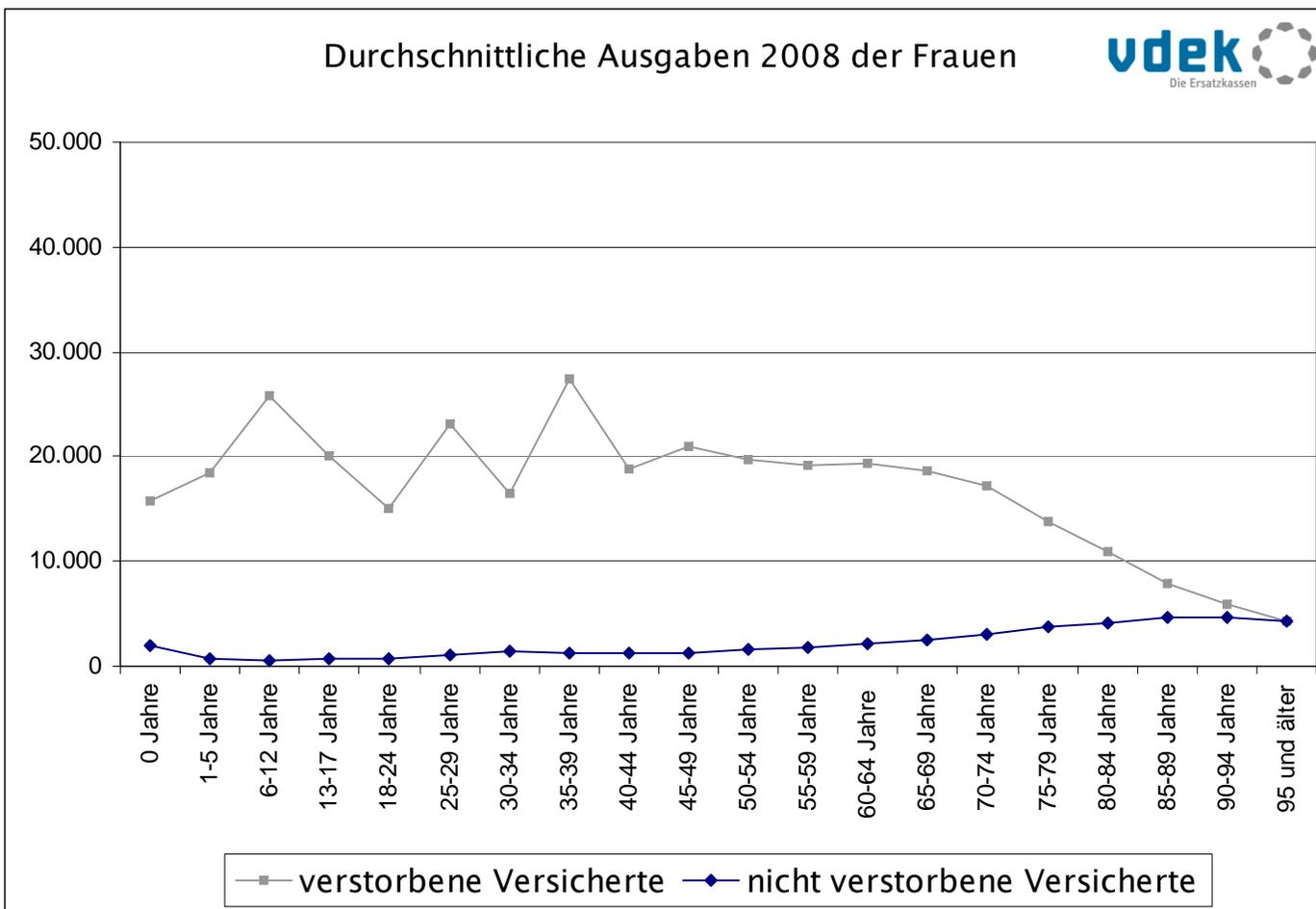


Quelle: Niehaus/Weber (2007)

## Demographie und Ausgaben: Modellrechnung c.p.



# Ist zunehmendes Alter eine Gefahr für das Gesundheitswesen? Empirische Befunde 2008



Quelle: vdek 2010

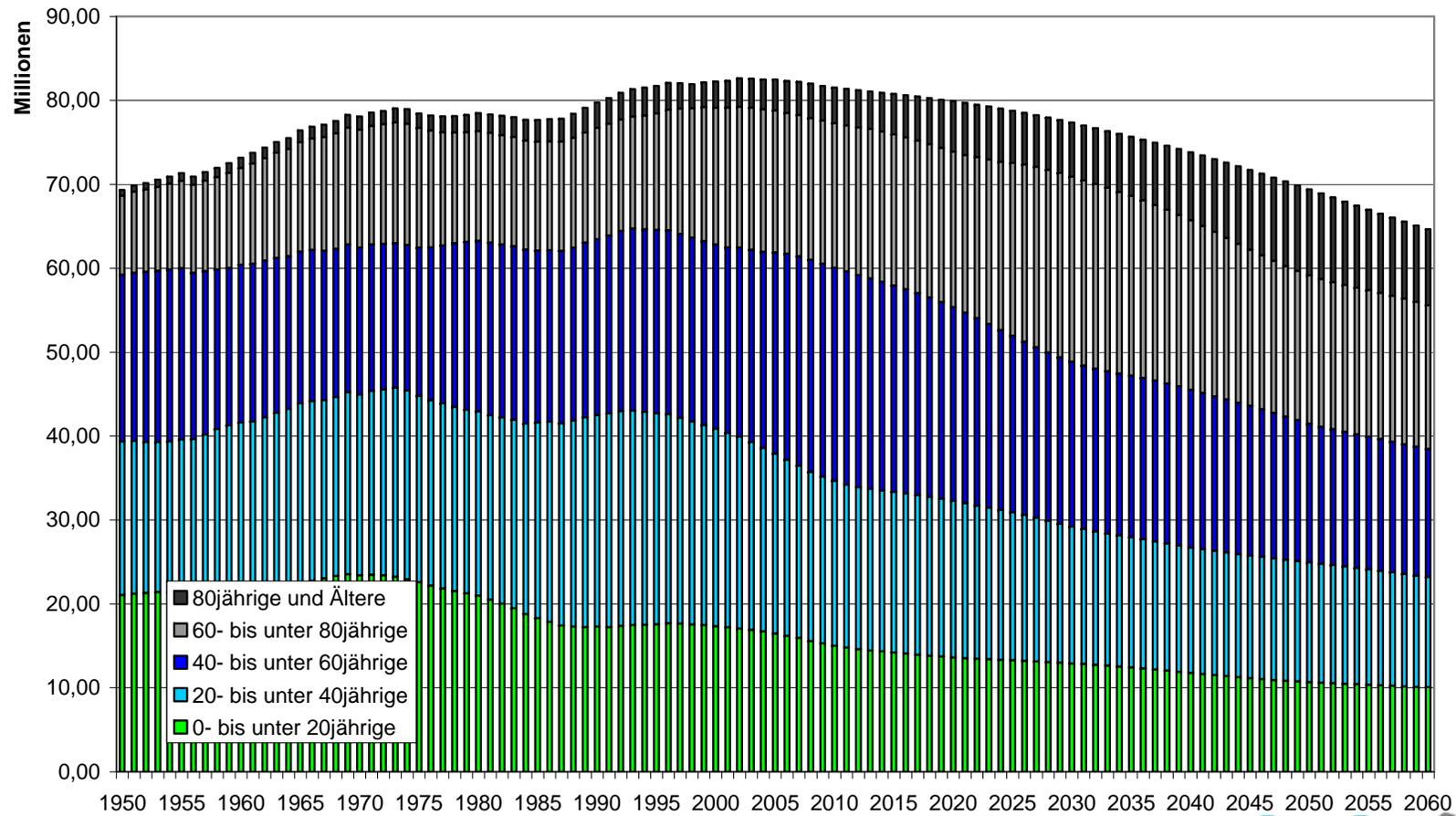
# Szenarien zur Entwicklung der Finanzsituation in der GKV

Szenario 1: der reine demografische  
Effekt



# Demografische Entwicklung in Deutschland

## Bevölkerungsstruktur Deutschlands





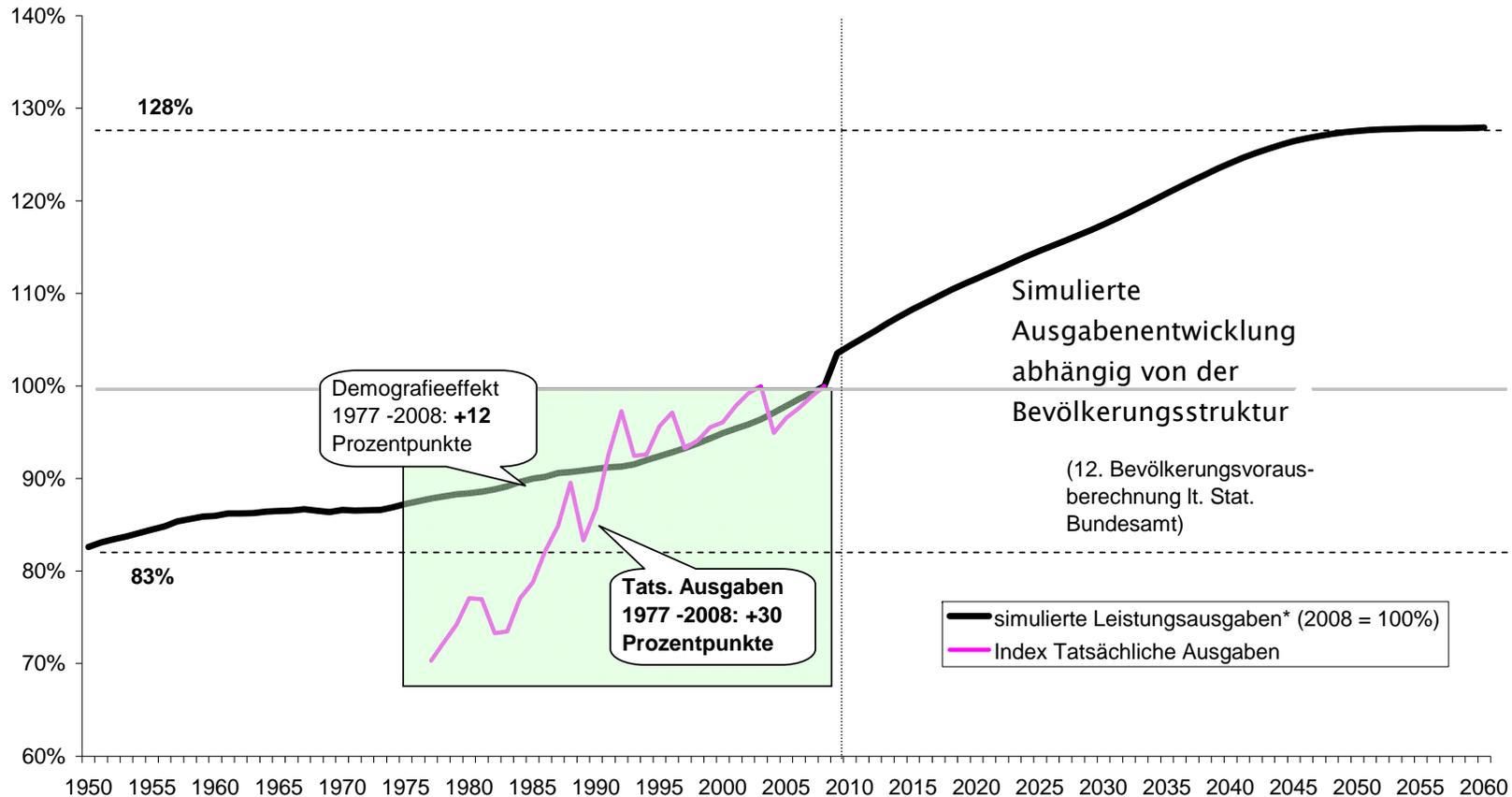
## These 2:

**Das Phänomen zunehmender Ausgaben  
wg. alternder Bevölkerung ist  
vorübergehend und stabilisiert sich**

Eine alternde Bevölkerung führt nicht zu einem  
bedrohlichen Ausgabenanstieg in der GKV. Andere  
Faktoren der Ausgabendynamik sind wesentlich  
entscheidender

# Demographie und Ausgaben: Vergangenheit und Zukunft

## Demografischer Wandel und Leistungsausgaben in der GKV



Quellen: Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsdaten 1950 bis 2008 und Bevölkerungsvorausberechnung 2009 bis 2060, BVA: RSA 2008

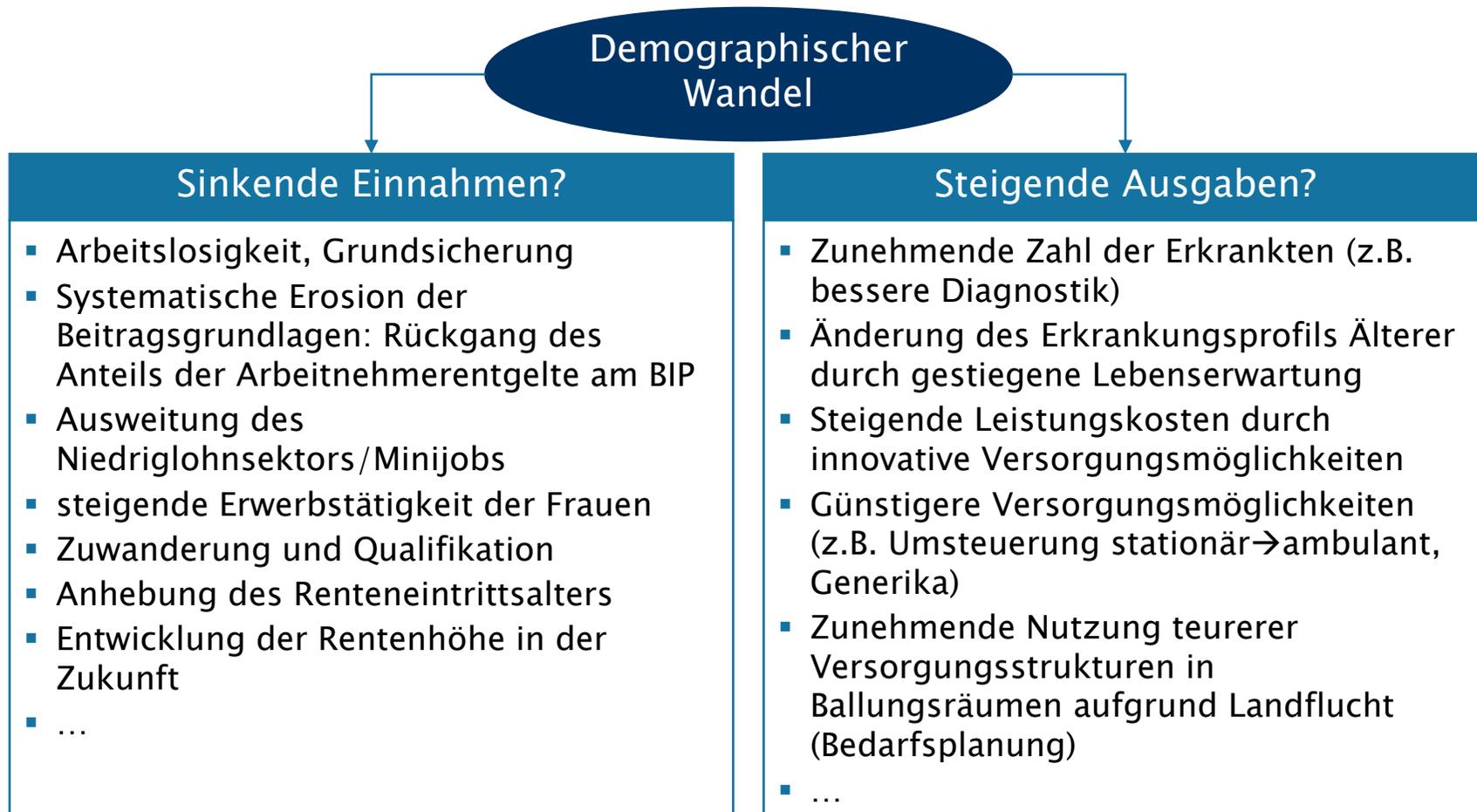
\*) demografieabhängig simulierte Leistungsausgaben auf Grundlage konstant gehaltener RSA-Ausgabenprofile 2008 und der Bevölkerungsanteile



### These 3:

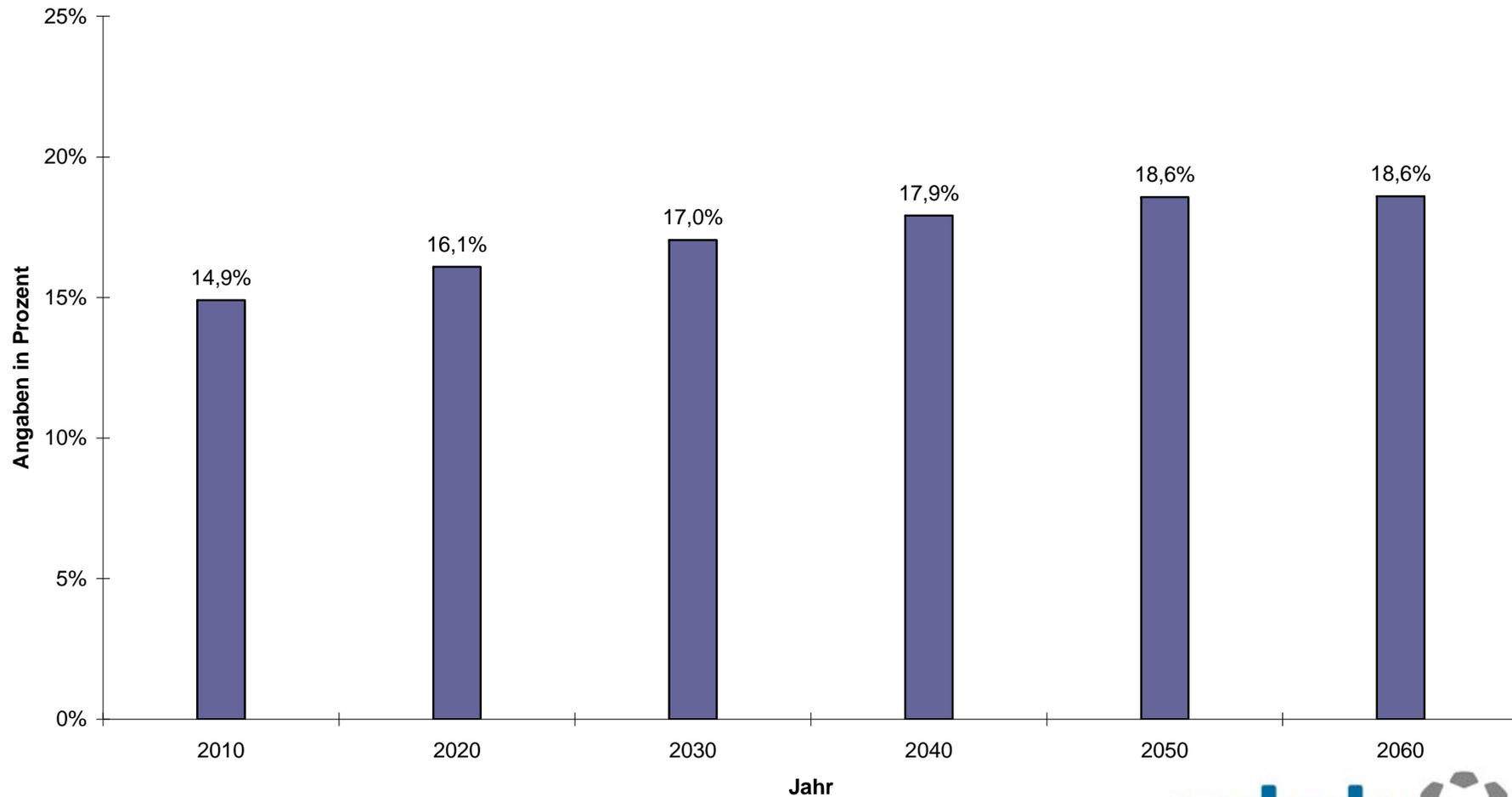
Demografische Entwicklung führt zu steigender Beitragsbelastung, gefährdet die Finanzierung der GKV im Umlageverfahren aber nicht

# Systematisierung der Auswirkungen des demographischen Wandels



# Demographie und Finanzlage der GKV: Modellrechnung c.p.

Modell zur Entwicklung des Defizits aus Beitragseinnahmen im Gesundheitswesen 2010 bis 2060



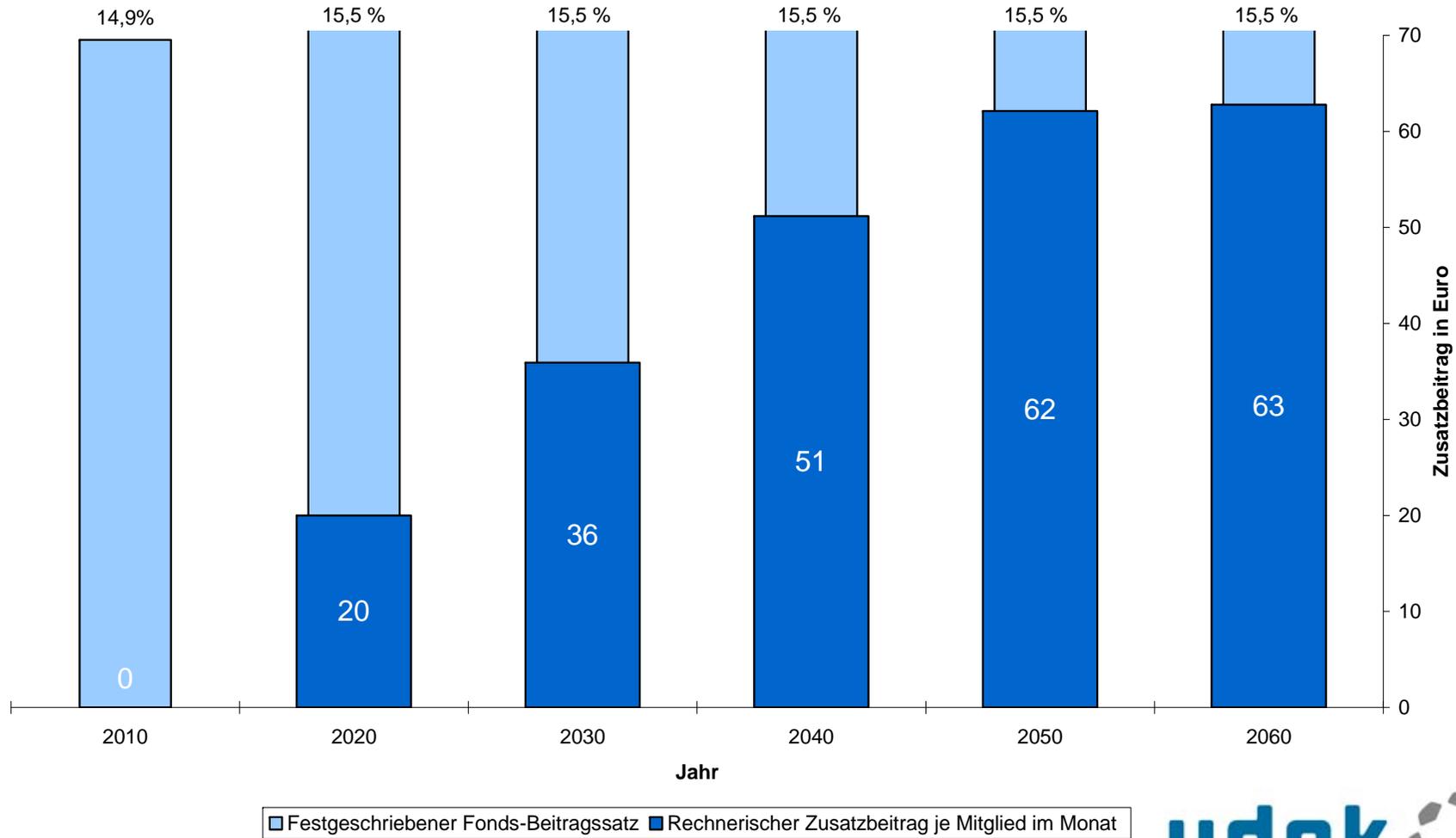
Quelle: vdek 2010

■ Ausgabendeckender Beitragssatz



# Demographie und Finanzlage der GKV: Modellrechnung c.p.

Zusatzbeitragsentwicklung bei festgeschriebenem Fonds-Beitragssatz bis 2060



## Demographie und **Finanzlage** der GKV: Modellrechnung c.p.

### Fazit

- **Ausgabenentwicklung:**

Maximum um 2040, danach Rückgang aufgrund abnehmender Bevölkerungszahl

Ausgabenzuwachs pro Versicherten aufgrund Anstieg des Durchschnittsalters stabilisiert sich ab 2050

Ausgaben steigen bis 2050/2060 um ca. 30%

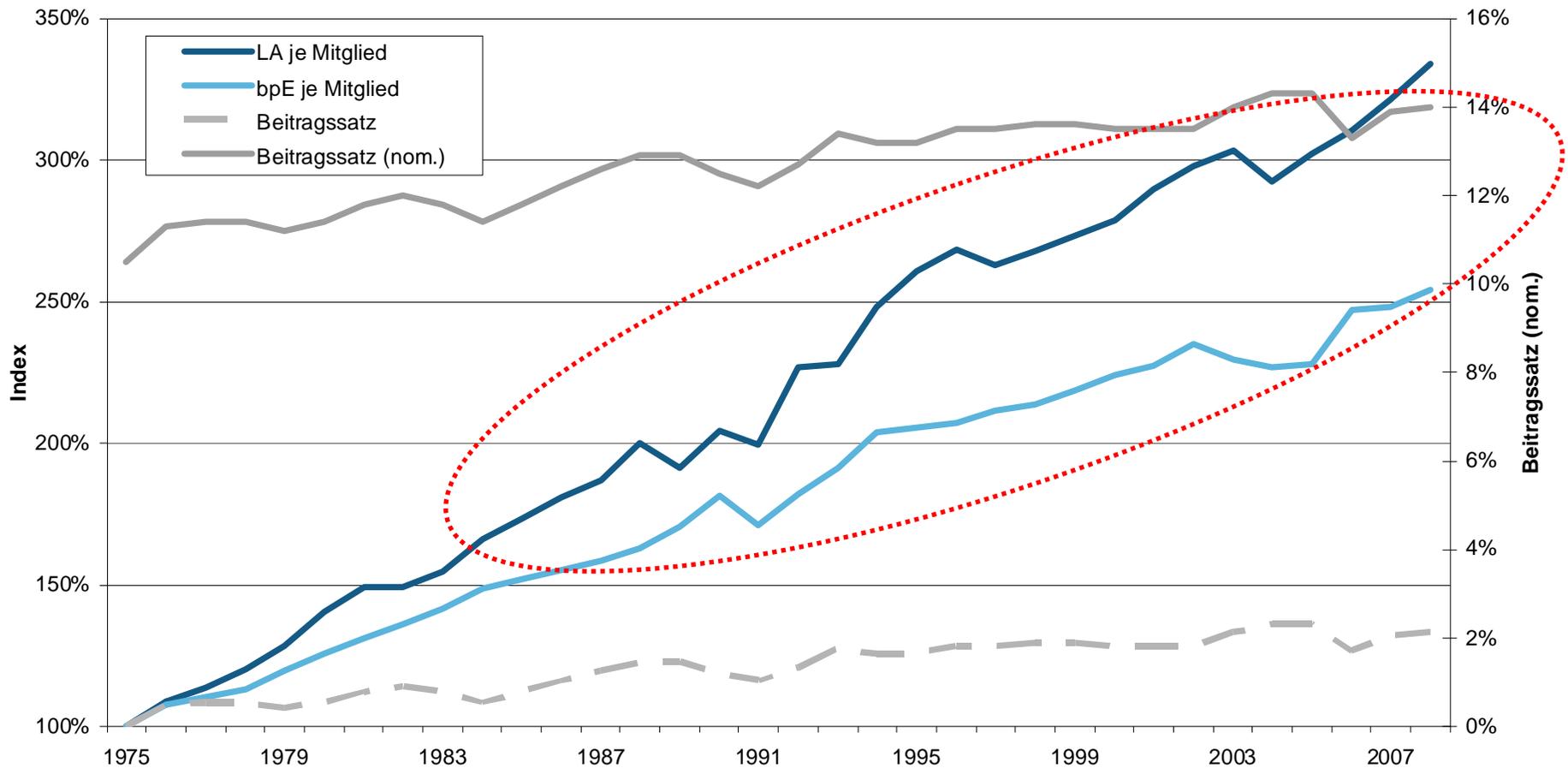
- **Einnahmenentwicklung:**

Einnahmen sinken bis 2050 stärker als Ausgaben – Defizit der GKV ist erst danach wieder rückläufig

- **Beitragssatz** steigt bis 2050 auf **18,6%**, stagniert danach entspricht einer Zusatzbeitragsentwicklung real auf 63 Euro pro Mitglied und Monat

# Beitragspflichtige Einnahmen

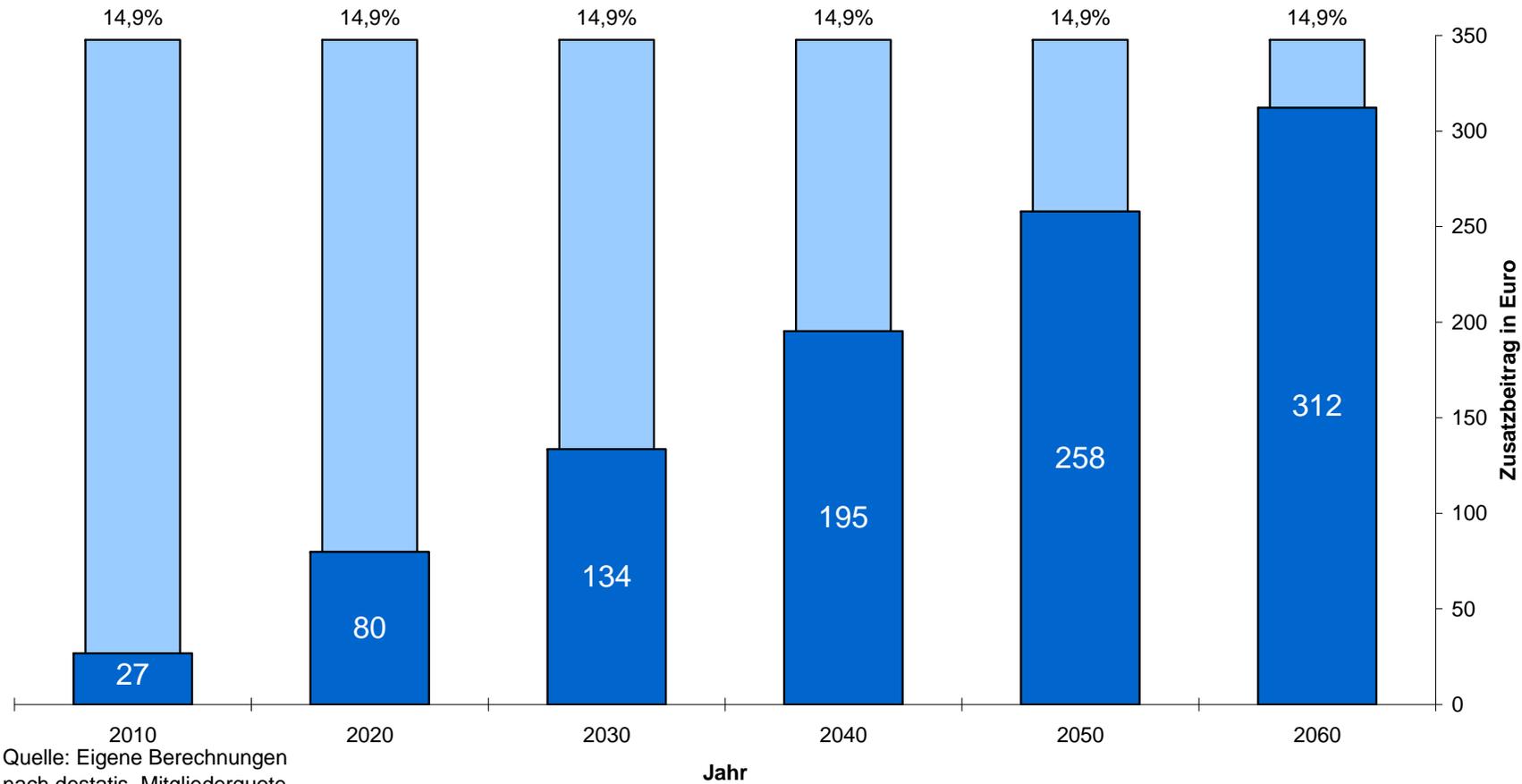
Entwicklung von Leistungsausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen



Quelle: KJ1, KM1 und Statistisches Bundesamt (GBE)

# Demographie und Finanzlage der GKV: Modellrechnung c.p.

Darstellung der Zusatzbeitragsentwicklung bei unverändertem Beitragssatz von 2010 bis 2060  
Ausgabenentwicklung 1% p.a. über BpE-Entwicklung



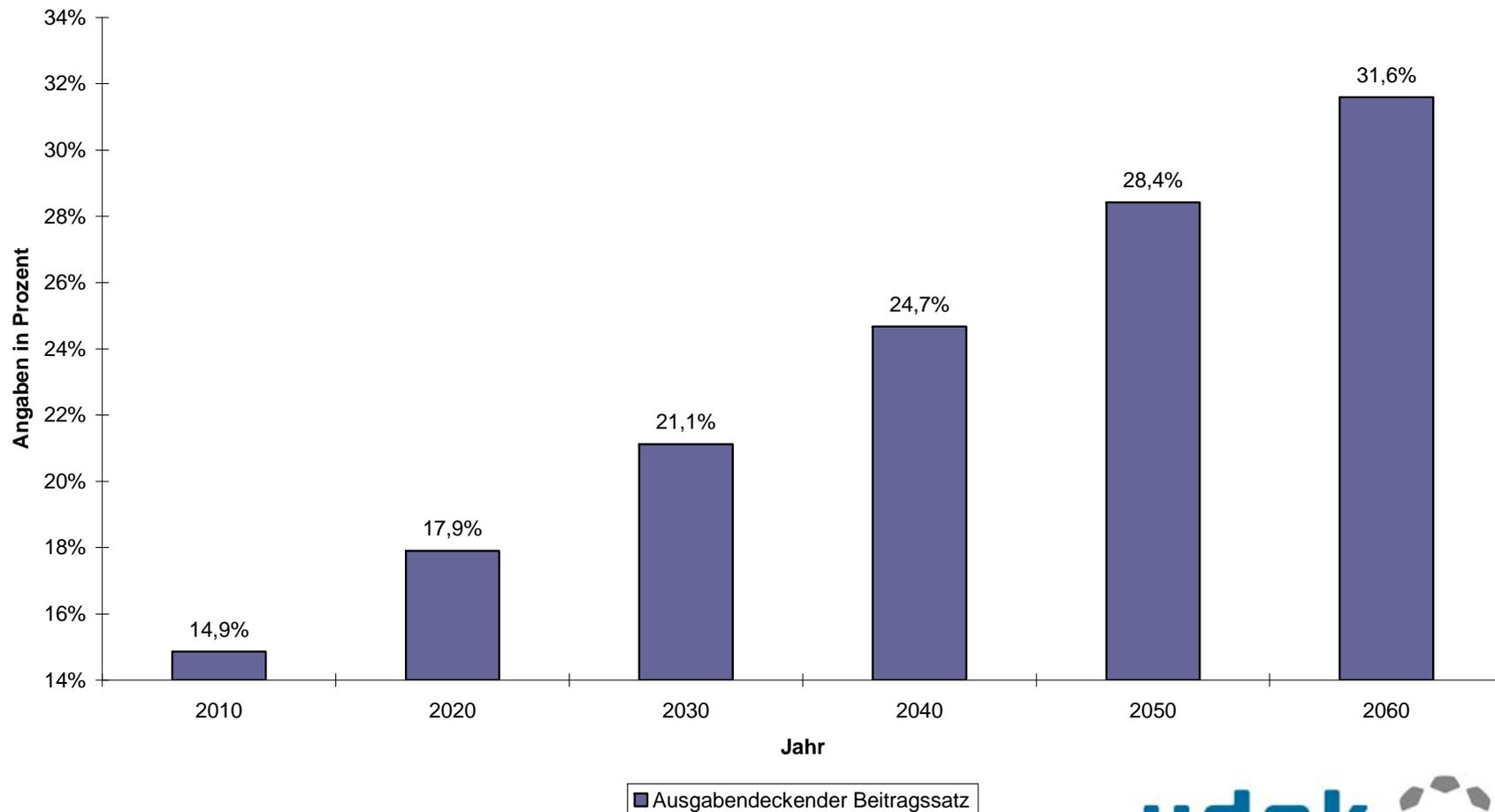
Quelle: Eigene Berechnungen nach destatis, Mitgliederquote nach KM1 auf 2009 fortgeschrieben

■ Festgeschriebener Beitragssatz ■ Rechnerischer Zusatzbeitrag je Mitglied im Monat



# Demographie und Finanzlage der GKV: Modellrechnung c.p.

Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes in der GKV 2010 bis 2060  
Ausgabenentwicklung 1% p.a. über BpE-Entwicklung



Quelle: vdek 2010



## Demographie und **Finanzlage** der GKV: Modellrechnung c.p.

### Fazit

Ausgabendynamik 1% p.a. über BpE

- Beitragssatz steigt bis 2050 auf **28,4%** bis 2060 auf **31,6%**,
- entspricht einer Zusatzbeitragsentwicklung real auf **312 Euro** pro Mitglied und Monat

→ Von Ausgabendynamik und medizinisch-technischem Fortschritt gehen wesentlich stärkere Effekte auf den Beitragssatz aus als von der Demografie

Demografie + 3,6 PP

Ausgabendynamik +16,7 PP

## Demographie und **Finanzlage** der GKV: breites Ergebnisspektrum

	nur Demografie	Ausg>BpE (med. Fortschr.)	Profilversteilerung (Medikalisierung)
Breyer/Ulrich (2000)	15,3% (2040)	23,1% (2040)	
Hof (2001)	22,6% (2050)	26,1% (2050)	
Pfaff (2001)	17,1% (2050)		
Buchner/Wasem (2004)	16,8% (2040)		26,3% (2040)
Postler (2003)	16,2% (2050)	39,5% (2050)	
Fetzer (2005)			27,6% (2040)
DIW (2001)		34,0% (2050)	
Beske (2010)	18,6% (2060)	31,7% (2060)	
<b>Vdek (2010)</b>	<b>18,5% (2060)</b>	<b>31,6% (2060)</b>	

Quelle: IGES 2010

# Ist zunehmendes Alter eine Gefahr für das Gesundheitswesen?

## Fazit

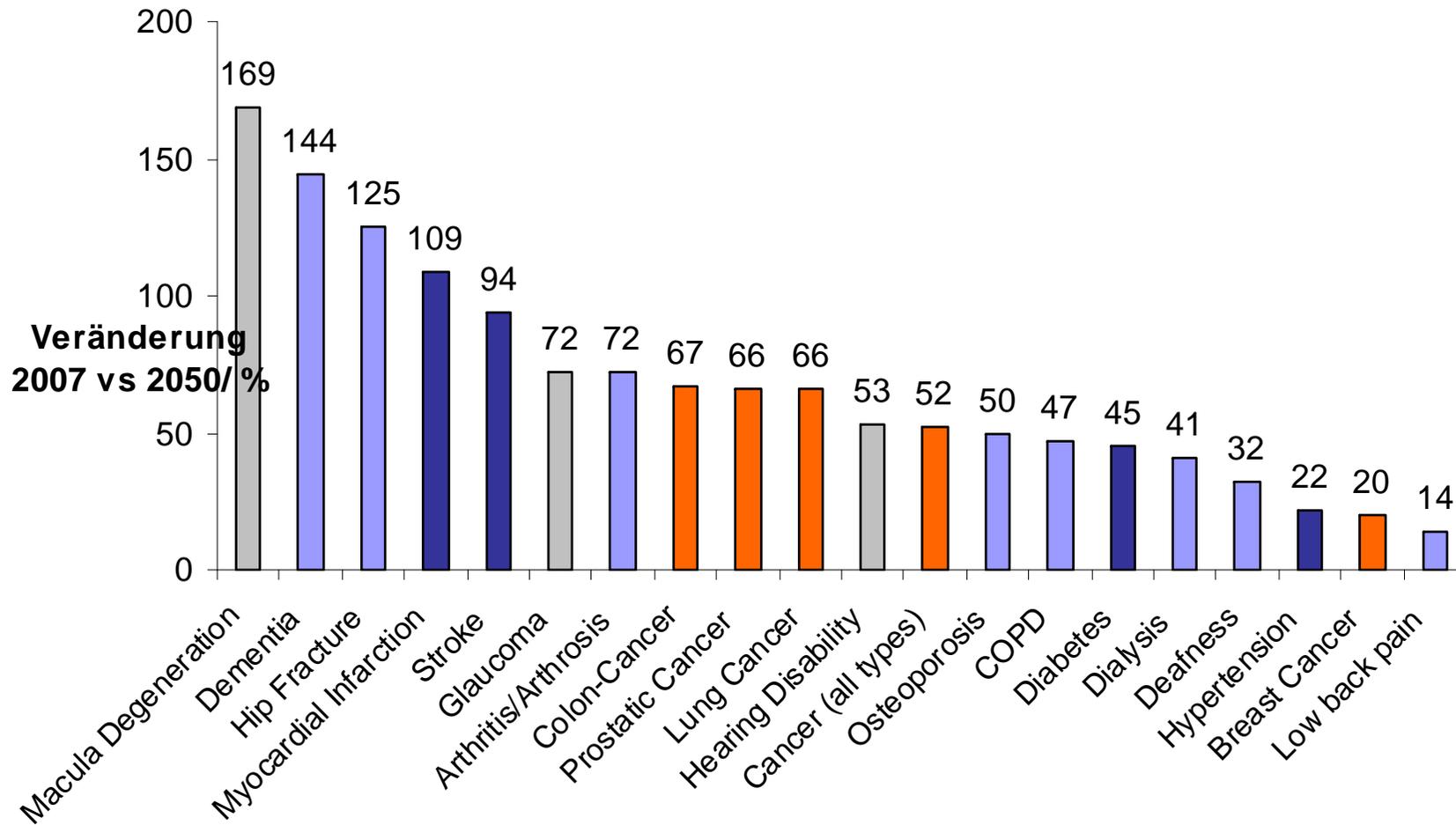
- Der demografische Effekt ist nicht so dramatisch, er wird überschätzt
- Zunehmendes Alter bedeutet nicht in gleichem Maße zunehmende Ausgaben („gesunde Alte“)
- Vorausberechnungen bilden die Effekte der Kompressionsthese nicht korrekt ab (zu pessimistisch), weil die Altersprofile konstant gehalten werden
- economies of scale auch in der Gesundheitsversorgung
- Erkenntnis aus der Vergangenheit: relevante demografische Veränderung und eine erhebliche Ausgabendynamik  
→ GKV-Ausgaben stiegen parallel zum BIP



## These 4:

Es gilt, jetzt die Weichen zu stellen für veränderte Morbidität und Versorgungsbedürfnisse

## Altersabhängige Erkrankungen:

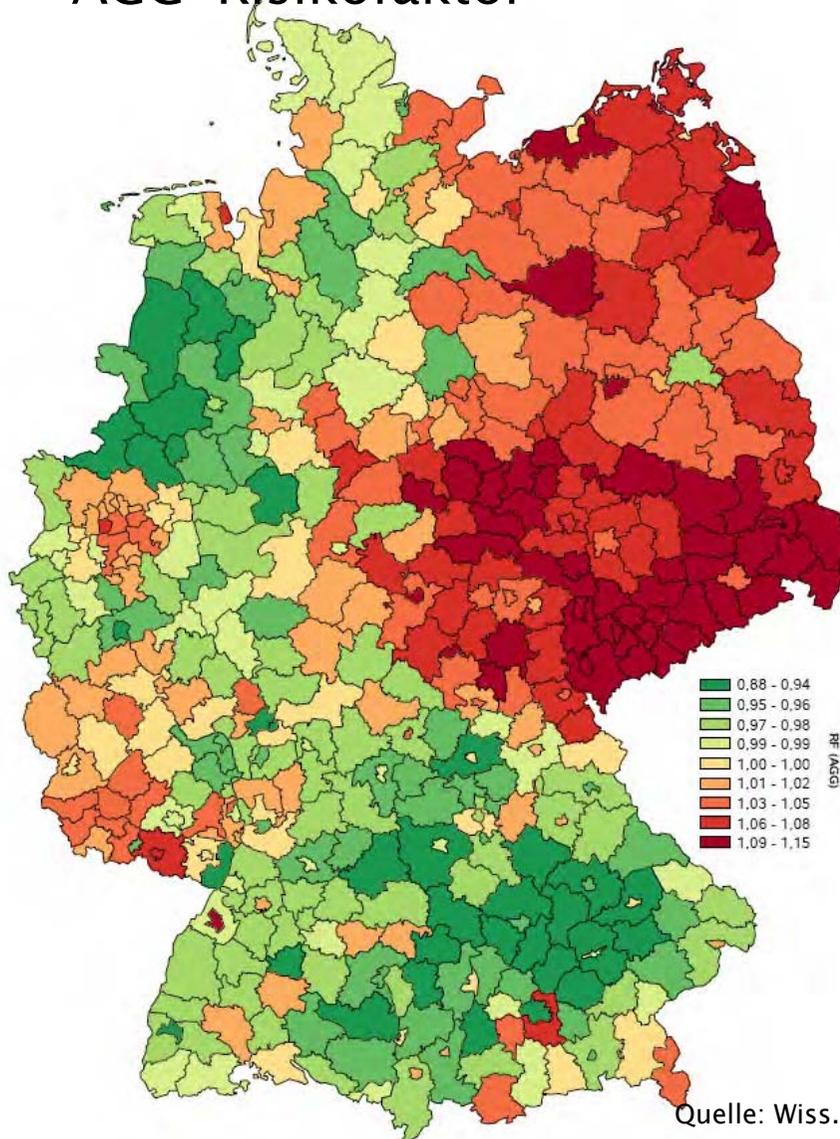


Beske, F; et al: Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 114. Kiel 2009.

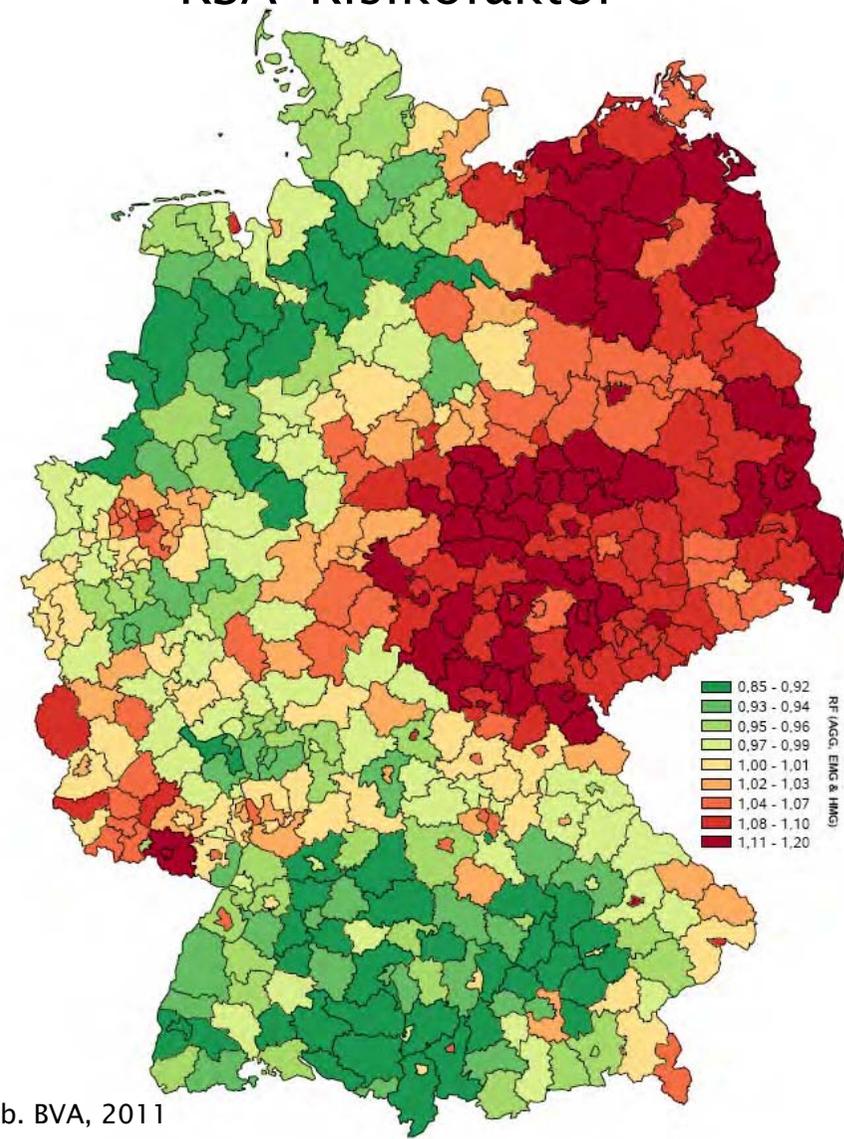
### 3. Regionalentwicklung und Gesundheitsfonds

# Regionalentwicklung und Gesundheitsfonds

AGG-Risikofaktor

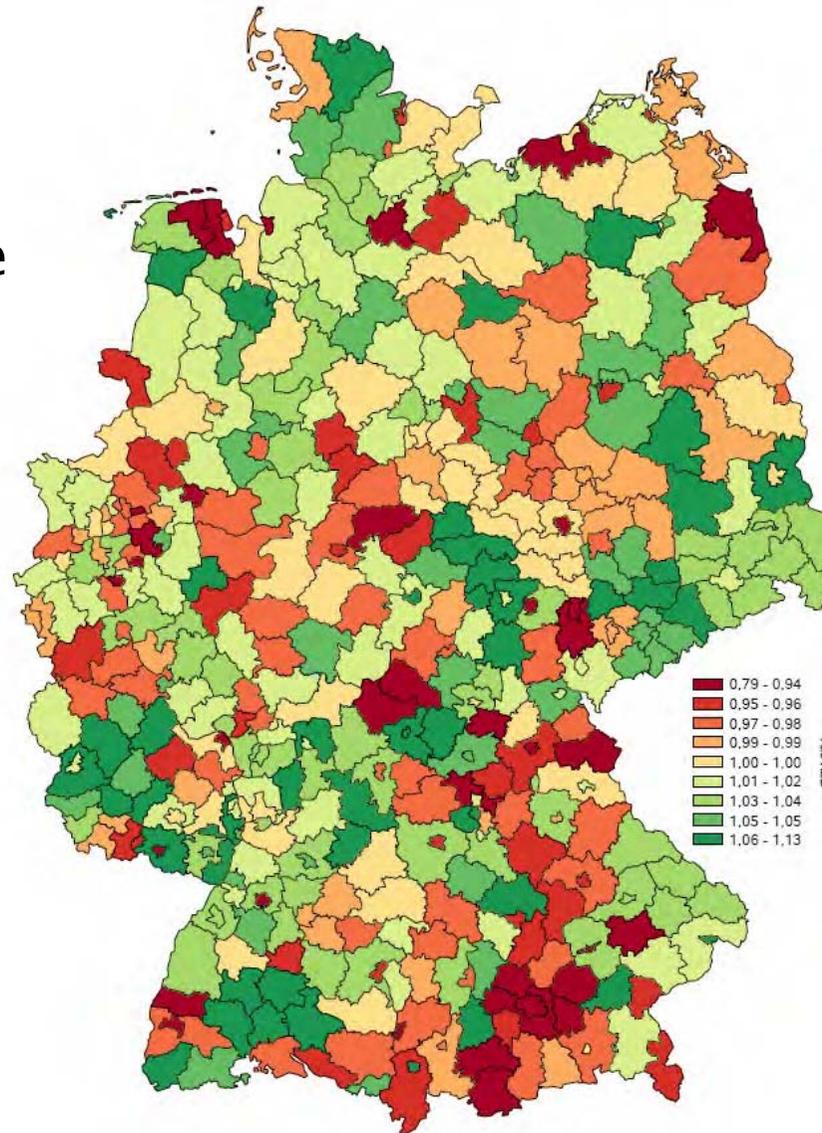


RSA-Risikofaktor



# Regionalentwicklung und Gesundheitsfonds

Deckungsquote  
der  
tatsächlichen  
Ausgaben  
durch  
Zuweisungen  
aus dem Fonds



Quelle: Wiss. Beirat b. BVA, 2011

# Regionalentwicklung und Gesundheitsfonds

**Tabelle 7: Zahl der Versicherten, Risikofaktor und Ausgaben nach Kreistypen**

<i>Kreistyp</i>	Versicherte	RSA- Risikofaktor	AGG- Risikofaktor	Ausgaben je Versicherten
<b>Agglomerationsräume</b>				
1 Kernstädte	15.453.316	100,6%	98,8%	2.158,49 €
2 Hochverdichtete Kreise	12.144.978	97,8%	99,8%	2.048,90 €
3 Verdichtete Kreise	5.273.782	98,0%	100,1%	2.028,61 €
4 Ländliche Kreise	2.541.341	103,1%	102,0%	2.137,44 €
<b>Verstädterte Räume</b>				
5 Kernstädte	3.993.453	101,9%	100,9%	2.190,66 €
6 Verdichtete Kreise	13.498.677	98,1%	99,2%	2.039,70 €
7 Ländliche Kreise	7.196.424	101,5%	101,3%	2.110,28 €
<b>Ländliche Räume</b>				
8 Ländliche Kreise höherer Dichte	5.750.030	102,0%	100,9%	2.117,60 €
9 Ländliche Kreise geringerer Dichte	3.060.091	105,0%	102,7%	2.213,90 €

**Tabelle 8: Deckungsquote nach Kreistyp**

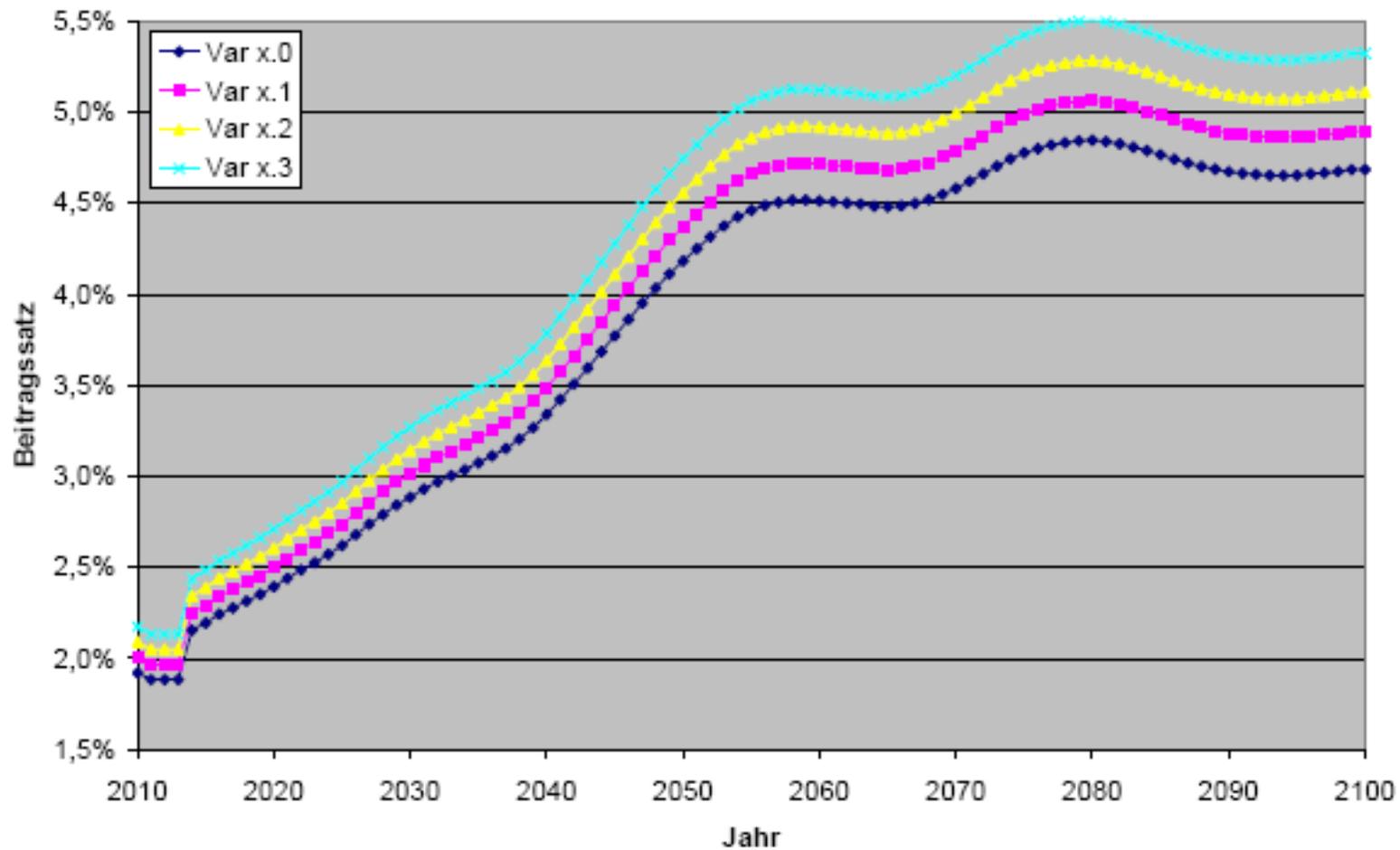
<b>Kreistyp</b>	<b>Morbi-RSA</b>	<b>AGG</b>
<b>Agglomerationsräume</b>		
1 Kernstädte	97,9%	96,2%
2 Hochverdichtete Kreise	100,3%	102,4%
3 Verdichtete Kreise	101,5%	103,7%
4 Ländliche Kreise	101,3%	100,2%
<b>Verstädterte Räume</b>		
5 Kernstädte	97,8%	96,8%
6 Verdichtete Kreise	101,1%	102,2%
7 Ländliche Kreise	101,0%	100,8%
<b>Ländliche Räume</b>		
8 Ländliche Kreise höherer Dichte	101,2%	100,1%
9 Ländliche Kreise geringerer Dichte	99,7%	97,5%

Quelle: Wiss. Beirat b. BVA, 2011



## 4. Ist eine kapitalstockfinanzierte Demografiereserve eine Lösung?

## Demografisch bedingte Beitragssatzentwicklung in der SPV



Quelle: Rothgang 2011

# Kapitaldeckung als Demografiereserve keine Alternative für die GKV

## Kapitaldeckung nein

- \* benötigt würde ein extrem hoher Kapitalstock (> 1,5 Billionen)
- \* Kapitalschwemme drückt die Zinsen
- \* Kapitalmarktrisiko hoch
- \* politisches Risiko des Zugriffs durch den Staat hoch (bei kollektiven Formen der Kapitaldeckung)
  
- \* Mehr Generationengerechtigkeit durch Abbau der Staatsverschuldung  
(= Reduzierung der Lastenverschiebung in die Zukunft)
- \* wieder stärkere Orientierung an der Wirtschaftskraft der Gegenwart



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Manfred Baumann

Abteilung Finanzen / Versicherung des vdek e. V.

Tel.: 0 30 / 2 69 31 - 1300, Fax.: 0 30 / 2 69 31 - 29 10, [manfred.baumann@vdek.com](mailto:manfred.baumann@vdek.com)

