

GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2017

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Uwe Repschläger, Falk König, Falk Vahley

Die Kosten des demografischen Wandels in der GKV 2011 bis 2016 –
eine empirische Analyse auf Basis von Krankenversicherungsdaten

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017 (Seite 88–107)

Uwe Repschläger, Falk König, Falk Vahley

Die Kosten des demografischen Wandels in der GKV 2011 bis 2016 – eine empirische Analyse auf Basis von Krankenversicherungsdaten

Die Folgen des demografischen Wandels in Deutschland werden in den Medien häufig diskutiert. Steigerungen der Ausgaben für Gesundheit werden dabei regelmäßig vor allem mit einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung begründet. Der Beitrag untersucht, in Anknüpfung an eine erste Veröffentlichung zum Thema aus dem Jahr 2012, auf Basis der Daten einer bundesweiten Krankenkasse den isolierten Einfluss der demografischen Entwicklung der Jahre 2011 bis 2016 auf die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Neben der Analyse des Einflusses auf die Gesamtausgaben der GKV wird erstmalig zusätzlich untersucht, welcher Anteil der Ausgabensteigerungen in einzelnen Leistungssektoren auf den demografischen Wandel entfällt.

Ausgangslage

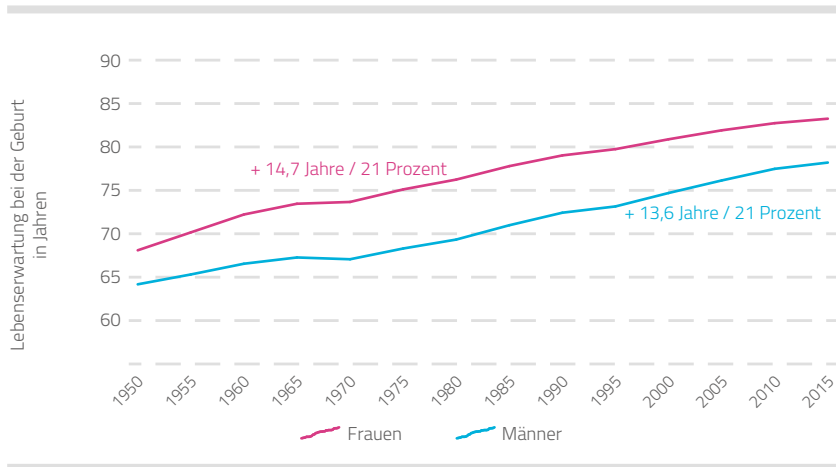
Die steigenden Ausgaben für Gesundheit werden in Deutschland häufig pauschal mit der demografischen Entwicklung begründet. Da einerseits die Bevölkerung ständig älter wird und andererseits die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Alter ansteigt, so der Tenor, entstehe ein zunehmender Druck auf die Gesundheitsausgaben. Neben der Altersentwicklung gelten der technologische Fortschritt, die Entwicklung der Preise und politische Entscheidungen oder Reformen als die wesentlichen kostentreibenden Faktoren.

Eine Quantifizierung des Einflusses der Altersentwicklung auf die Gesundheitsausgaben erfolgt dabei regelmäßig nicht. Die Zahlen und Prognosen der Demografen sind so beeindruckend, dass die Beteiligten sich offenbar weitgehend einig sind: Die demografische Entwicklung ist einer, wenn nicht sogar der zentrale Erklärungsansatz für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. Das ist einerseits praktisch, weil so eine schlüssige Erklärung für vergangene und künftige Ausgabenentwicklungen geliefert wird, ohne dass dazu gleichzeitig eine einzelne Interessengruppe in den Fokus rückt.

Ursache ist die Bevölkerung mit ihrer ausgabenbelastenden Altersstruktur und der niedrigen Geburtenrate. Ohne Schuldige und Beschuldigungen können auf diese Weise hohe Kostensteigerungen erklärt und Forderungen nach mehr Geld für das System erhoben werden – die demografische Entwicklung quasi als unausweichliche und objektive Ursache. Andererseits aber ist das Ganze aus gleichem Grund auch beängstigend, weil hierdurch die Entwicklung der Gesundheitskosten weitgehend schicksalhaft und unausweichlich wird.

Auf den ersten Blick lassen dabei zwei Entwicklungen den Eindruck entstehen, dass die demografische Entwicklung tatsächlich einen erheblichen Druck auf die Ausgabenentwicklung im Bereich Gesundheit ausübt: Zum einen steigt die Lebenserwartung in Deutschland seit Jahrzehnten kontinuierlich an – die Menschen werden immer älter. Hinzu kommt, dass es in Deutschland seit Jahrzehnten mehr Sterbefälle als Geburten gibt. Seit dem Jahr 1950 hat sich die Lebenserwartung in Deutschland für Frauen und Männer um 21 Prozent erhöht – für Frauen um knapp 15 Jahre und für Männer um knapp 14 Jahre.

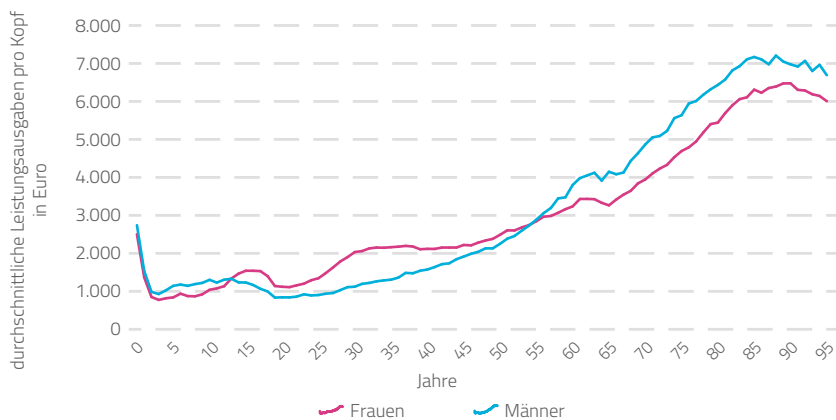
Abbildung 1: Lebenserwartung bei der Geburt in Deutschland 1950 bis 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a

Da gleichzeitig ungefähr ab der Mitte des 50. Lebensjahres die durchschnittlichen Ausgaben für Gesundheit stark ansteigen, entsteht so der Eindruck eines erheblichen Drucks auf die Ausgaben. Während die durchschnittlichen Leistungsausgaben bis zur Mitte des 50. Lebensjahres noch unter 3.000 Euro pro Jahr liegen, steigen sie danach bis zu einem Wert von 7.350 Euro an (Männer im Alter von 88 Jahren). Etwa ab dem 90. Lebensjahr sinken die Ausgaben dann wieder leicht ab.

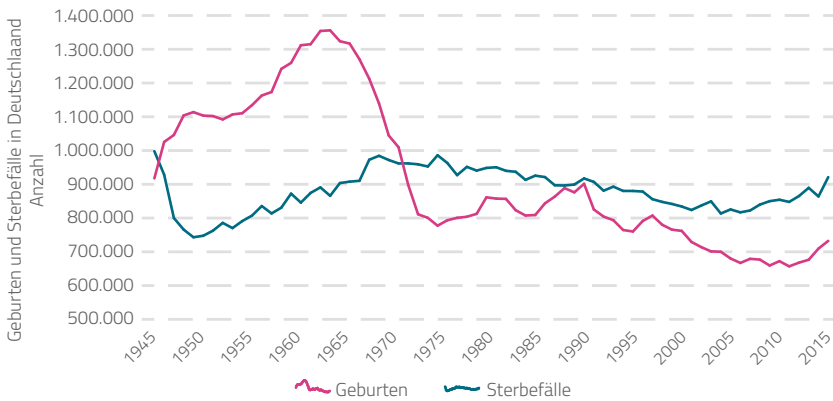
Abbildung 2: Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER 2017

Nach einem Maximalwert von 1,35 Millionen Geburten im Jahr 1964 mit einem deutlichen Überschuss von 487.000 Geburten gegenüber den Sterbefällen ist das Verhältnis von Geburten zu Sterbefällen seit dem Jahr 1972 negativ. Die bislang niedrigste Geburtenzahl gab es im Jahr 2011 mit 663.000 – knapp halb so viele Geburten wie im Jahr 1964. Die Anzahl der Sterbefälle liegt relativ konstant bei jährlich 820.000 bis 920.000 Verstorbenen. Während die Geburtenrate (Geburten in Relation zur Gesamtbevölkerung) bei etwa 0,9 Prozent liegt, beträgt die Sterberate etwa 1,1 Prozent. Im Saldo ergeben sich so jährlich etwa 200.000 mehr Sterbefälle als Geburten.

Abbildung 3: Geburten und Sterbefälle in Deutschland 1946 bis 2015

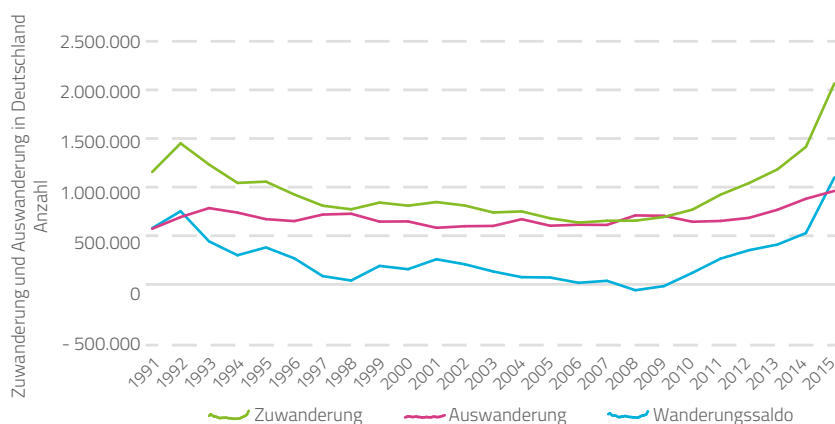


Quelle: Statistisches Bundesamt 2016

Allerdings gibt es neben der steigenden Lebenserwartung, den Geburten und den Sterbefällen eine dritte Komponente, deren Entwicklung einen maßgeblichen Einfluss auf die demografische Entwicklung und damit auch auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben hat: der Saldo aus Zu- und Auswanderung und dessen Struktur.

Seit dem Jahr 2010 ist ein deutlicher Anstieg der Zuwanderung nach Deutschland festzustellen – bei relativ konstanter Auswanderung. Der sich daraus ergebende positive Migrationssaldo überwiegt den negativen Saldo aus Geburten und Sterbefällen bei Weitem. So steht im Jahr 2015 einem negativen Saldo von 200.000 Personen (Geburten und Sterbefälle) ein positiver Migrationssaldo von über 1,1 Millionen Personen gegenüber. Die sich hieraus ergebende positive Entwicklung bei der Gesamtbevölkerung schlägt sich auch in der Entwicklung der Versichertenzahl in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nieder. Die GKV repräsentiert mit ihren knapp 71 Millionen Versicherten etwa 86 Prozent der Gesamtbevölkerung (82,2 Millionen). In den Jahren von 2010 bis 2016 ist die Zahl der Versicherten in der GKV um 2,5 Prozent (das entspricht einem Plus von 1,740 Millionen) gestiegen.

Abbildung 4: Zuwanderung und Auswanderung in Deutschland 1991 bis 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017b, eigene Darstellung

Die Leistungsausgaben pro Versichertem sind im gleichen Zeitraum um 24,8 Prozent beziehungsweise um durchschnittlich 3,7 Prozent pro Jahr angestiegen. Die Steigerung der Leistungsausgaben ist somit im Betrachtungszeitraum um den Faktor 10 höher als die der Versichertenzahl.

Tabelle 1: Versicherten- und Ausgabenentwicklung in der GKV 2010 bis 2016

GKV	Versicherte			Leistungsausgaben insgesamt		
	absolut	Delta in Prozent	Index in Prozent	je Versicherter in Euro	Delta in Prozent	Index in Prozent
2010	68.989.815		100,0	2.358,95		100,0
2011	68.847.318	- 0,2	99,8	2.418,98	2,5	102,5
2012	68.938.019	0,1	99,9	2.479,99	2,5	105,1
2013	69.117.430	0,3	100,2	2.611,16	5,3	110,7
2014	69.567.809	0,7	100,8	2.750,35	5,3	116,6
2015	70.030.223	0,7	101,5	2.851,57	3,7	120,9
2016	70.730.111	1,0	102,5	2.943,27	3,2	124,8

Quelle: KJ1 / KV45 (2010 bis 2016), eigene Berechnung

Daten zur Berechnung des Einflusses der Altersentwicklung auf die Ausgaben

Bevor die Daten der früheren BARMER GEK für eine Simulation der Ausgaben der GKV verwendet werden, muss geprüft werden, ob die Ausgabenstruktur dafür hinreichend repräsentativ ist. Zur Verfügung stehen hierfür die versichertenbezogenen pseudonymisierten Daten der BARMER GEK für die Jahre 2010 bis 2016 (das sind etwa 8,5 Millionen Versicherte pro Jahr und damit also etwa zwölf Prozent des GKV-Versichertenbestandes) und die Versichertenstrukturdaten der GKV.

Maßgeblich für die Validität der Simulation der Ausgabenwirkung des Alterungseffektes auf die GKV ist dabei, ob die Durchschnittskosten der BARMER in den einzelnen Alters- und Geschlechtzellen repräsentativ sind. Zur Überprüfung lassen sich die Kosten der einzelnen Alters- und Geschlechtzellen der BARMER mit den jeweiligen GKV-Zahlen multiplizieren. Im Ergebnis sollten die sich auf diese Art ergebenden Gesamtausgaben sehr dicht an den tatsächlichen Werten der GKV liegen. Die sich bei der Simulation ergebenden Werte für die Gesamtausgaben der Bevölkerung weisen darauf hin, dass die Durchschnittskosten der BARMER in den einzelnen Alters- und Geschlechtzellen repräsentativ und damit gut für Simulationen der GKV geeignet sind.

Methode zur Quantifizierung des Einflusses der Alters- und Geschlechtsentwicklung auf die Leistungsausgaben in der GKV

Der demografische Wandel in der GKV bezeichnet und umfasst alle Trends in der Versichertenentwicklung, also die jährliche Alterung der Individuen und damit der Gesamtpopulation, die im Verhältnis zur Sterbequote geringere Geburtenrate sowie der daraus resultierende größer werdende Anteil älterer und alter Versicherten in der GKV. Außerdem spielen die Entwicklung der Lebenserwartung, die Verschiebung zwischen den Geschlechtern und der Anteil der innerhalb eines Jahres versterbenden Versicherten eine Rolle.

Im Mittelpunkt steht die Frage: „Welcher Anteil der von 2011 bis 2016 zu beobachtenden Ausgabensteigerung von durchschnittlich 3,7 Prozent (Tabelle 1) in der GKV kann allein durch die Altersentwicklung und Geschlechterverteilung erklärt werden?“

Die Alters- und Geschlechtsstruktur eines Jahres wird dazu mit dem gefixten Kostenprofil des jeweiligen Vorjahres multipliziert. Auf diese Art und Weise lässt sich der isolierte jährliche Einfluss der Altersentwicklung auf die Gesundheitsausgaben berechnen. Es werden also die gefixten alters- und geschlechtsabhängigen Ausgabenprofile einzelner Jahre (Abbildung 2) mit dem Alters- und Geschlechtsaufbau der Bevölkerung der jeweiligen Folgejahre multipliziert.

Tabelle 2: Beispiel für die Methode zur Isolierung des demografischen Effektes

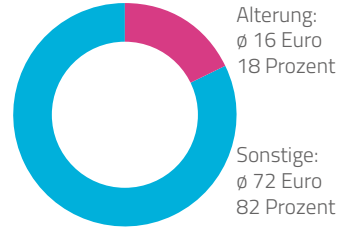
Alter	2015		2016	
	Personen	Euro / Person	Personen	Euro / Person
50	250	2.450	400	2.450
51	350	2.570	250	2.570
52	450	2.600	350	2.600
53	550	2.700	450	2.700
54	600	2.800	550	2.800
55	400	2.920	600	2.920
Summe	2.600	2.698	2.600	2.707 (0,3 %)

Dass (wie im Beispiel gezeigt) eine 50-jährige Person Kosten in Höhe von etwa 2.450 Euro verursacht und eine 55-jährige Person Ausgaben von etwa 2.920 Euro hat, bleibt in der Simulation also konstant. Nur die im Folgejahr geänderte Bevölkerungspyramide geht in die Berechnung ein. Auf die Art und Weise lässt sich der Demografieeffekt von anderen Effekten trennen, die ebenfalls einen Einfluss auf die Kostenentwicklung haben, wie beispielsweise die Entwicklung der Preise und der medizinische Fortschritt. Die steigenden Gesamtkosten und Gesamtdurchschnittskosten in der Population entstehen in dieser Simulation allein aufgrund der geänderten Zusammensetzung der Alters- und Geschlechtsgruppen. Im gewählten Beispiel beträgt der Demografieeffekt ein Plus in Höhe von 9 Euro und damit + 0,3 Prozent.

Für die Jahre 2007 bis 2010 ergibt sich die folgende Tabelle 3. Die Berechnung für die Jahre 2007 bis 2010 ergab einen Einfluss von etwa 18 Prozent.

Tabelle 3: Ausgabenerhöhende Effekte pro Kopf 2007 bis 2010 (in Euro)

Jahr	Gesamteffekt	Alterseffekt	Sonstige
2007	74,86	15 (20 %)	60 (80 %)
2008	122,03	16 (13 %)	106 (87 %)
2009	101,34	18 (18 %)	83 (82 %)
2010	53,18	15 (29 %)	38 (71 %)



Quelle: Repschläger 2012

Für die Jahre 2007 bis 2010 lag der Einfluss des demografischen Wandels zwischen 15 und 18 Euro je Versicherten beziehungsweise zwischen 13 und 29 Prozent. Im Durchschnitt des vierjährigen Beobachtungszeitraums lag der jährliche Effekt bei etwa 16 Euro je Versicherten und erklärte somit (nur) ein knappes Fünftel der gesamten Kostenentwicklung im Beobachtungszeitraum.

Berechnung des Demografieeffektes 2010 bis 2016 für die GKV

Interessant ist, dass der jährliche Demografieeffekt relativ deutlich schwankt, im Betrachtungszeitraum zwischen 0,70 und 0,12 Prozent. Bezogen auf die jeweilige Veränderungsrate der durchschnittlichen Leistungsausgaben ergibt sich ein relativer Anteil des jährlichen Demografieeffektes zwischen 3,2 (2015) und 28 (2011) Prozent. Mit einer stärker um Versicherte anwachsenden GKV ergibt sich tendenziell ein abnehmender Demografieeffekt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der überwiegende Anteil der neu in die GKV hinzukommenden Versicherten relativ jung ist und somit unterdurchschnittliche Ausgaben aufweist. Insofern führt das erhebliche Wachstum der GKV in den letzten Jahren zu einem deutlich abnehmenden Demografieeffekt.

Tabelle 4: Versichertenentwicklung, Leistungsausgaben und Demografieeffekt 2011 bis 2016 (jährlicher Effekt)

Jahr	Versicherte			Leistungsausgaben insgesamt		
	absolut	Delta in Prozent	Index in Prozent	je Versicherter in Euro	Delta in Prozent	Demografieeffekt
2010	68.989.815		100,0 %	2.358,95		
2011	68.847.318	- 0,2 %	99,8 %	2.418,98	2,5 %	0,70 %
2012	68.938.019	0,1 %	99,9 %	2.479,99	2,5 %	0,53 %
2013	69.117.430	0,3 %	100,2 %	2.611,16	5,3 %	0,44 %
2014	69.567.809	0,7%	100,8 %	2.750,35	5,3 %	0,41 %
2015	70.030.223	0,7 %	101,5 %	2.851,57	3,7 %	0,12 %
2016	70.730.111	1,0 %	102,5 %	2.943,27	3,2 %	0,22 %

Quelle: KJ1 / KV45, eigene Berechnung

Der Demografieeffekt kann auf zwei Arten über einen Zeitraum berechnet werden: Entweder betrachtet man ihn, wie oben dargestellt, „von Jahr zu Jahr“. Das heißt, die Zusammensetzung der Versichertenstruktur eines laufenden Jahres wird jeweils mit den Kostenprofilen des Vorjahres bewertet (etwa Versicherte des Jahres 2013 mit den Profilen des Jahres 2012 und Versicherte des Jahres 2014 mit den Profilen des Jahres 2013). Bei Betrachtung eines Zeitraums über mehrere Jahre lassen sich die Kosten eines Basisjahres (hier für das Jahr 2010) auch konstant halten und die Versichertenstrukturen aller Folgejahre (bis zum Jahr 2016) mit den Profilen des Basisjahres bewerten.

Bei einem Anstieg der durchschnittlichen Leistungsausgaben um 24,8 Prozent ergibt sich im selben Zeitraum ein Demografieeffekt von 2,4 Prozent. Mit anderen Worten: Für den Zeitraum der Jahre von 2011 bis 2016 sind (nur) etwa zehn Prozent des Ausgabenanstiegs in der GKV durch den demografischen Wandel verursacht. Im Vergleich zur im Jahr 2012 untersuchten Vorperiode (2007 bis 2010), in der der ermittelte Demografieeffekt bei etwa 18 Prozent lag, hat sich der Demografieeffekt somit halbiert. Der Grund hierfür liegt im massiven Wachstum der GKV seit dem Jahr 2014. Für die Jahre 2011 bis 2016 ergibt sich ein Demografieeffekt von etwa zehn Prozent, das heißt, zehn Prozent des Ausgabenanstiegs der gesamten Leistungsausgaben je versicherte Person in der GKV seit dem Jahr 2010 sind auf den demografischen Wandel zurückzuführen.

Tabelle 5: Versichertenentwicklung, Leistungsausgaben und Demografieeffekt 2011 bis 2016, Basisjahr 2010 (Kosten), Versicherte 2016

Jahr	Versicherte			Leistungsausgaben insgesamt		
	absolut	Delta in Prozent	Index in Prozent	je Versicherter in Euro	Delta in Prozent	Demografieeffekt
2010	68.989.815		100,0 %	2.358,95	100,0 %	
2011	68.847.318	- 0,2 %	99,8 %	2.418,98		
2012	68.938.019	0,1 %	99,9 %	2.479,99		
2013	69.117.430	0,3 %	100,2 %	2.611,16		
2014	69.567.809	0,7 %	100,8 %	2.750,35		
2015	70.030.223	0,7 %	101,5 %	2.851,57		
2016	70.730.111	1,0 %	102,5 %	2.943,27	124,8 %	2,44 %

Quelle: KJ1 / KV45, eigene Berechnung

Der hier berechnete Demografieeffekt bezieht sich dabei immer auf die Ausgaben je Versicherten. Die absoluten Ausgaben werden selbstverständlich auch durch den deutlichen Anstieg der Versichertenzahl beeinflusst.

Im Vergleich zur im Jahr 2012 untersuchten Vorperiode (2007 bis 2010) hat sich der Demografieeffekt somit annähernd halbiert. Der Grund hierfür liegt im massiven Versichertenwachstum der GKV seit dem Jahr 2014 (Tabelle 1). Der aktuell hohe Einfluss des Versichertenwachstums auf den Demografieeffekt zeigt sich beim Vergleich der in Tabelle 6 abgebildeten jährlichen Beträge pro Kopf: Während der Demografieeffekt im Jahr 2011 noch bei knapp 17 Euro lag, betragen die entsprechenden Werte für die Jahre 2015 und 2016 nur noch 3,30 beziehungsweise 6,30 Euro.

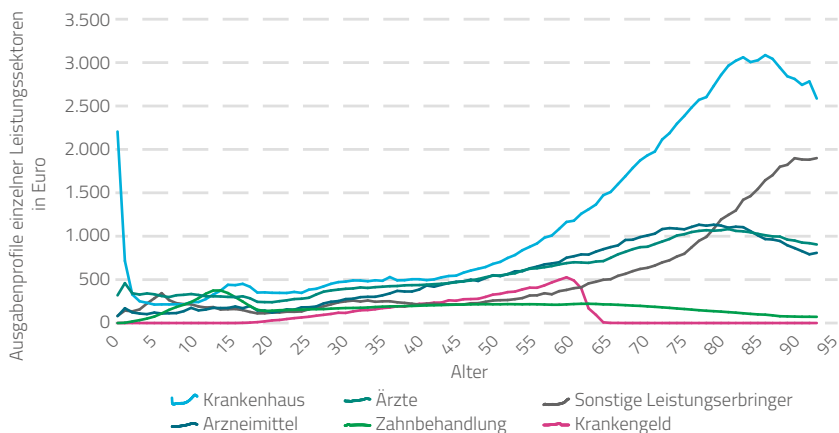
Allerdings ergeben sich innerhalb der Leistungsausgaben deutlich unterschiedliche Auswirkungen der demografischen Entwicklung in den einzelnen Leistungssektoren, da sich die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgaben in den einzelnen Sektoren erheblich unterscheiden.

Tabelle 6: Anteil des Demografieeffektes an der Ausgabenentwicklung 2011 bis 2016

Jahr	Leistungsausgaben			Demografieeffekt		
	je Versicherter in Euro	Delta in Euro	Delta in Prozent	in Prozent	in Euro	Anteil in Prozent
2010	2.358,95					
2011	2.418,98	+ 60,03	+ 2,54	0,70	16,51	27,51
2012	2.479,99	+ 61,01	+ 2,52	0,53	12,82	21,01
2013	2.611,16	+ 131,17	+ 5,29	0,44	10,91	8,32
2014	2.750,35	+ 139,19	+ 5,33	0,41	10,71	7,69
2015	2.851,57	+ 101,22	+ 3,68	0,12	3,30	3,26
2016	2.943,37	+ 91,80	+ 3,22	0,22	6,27	6,83
Mittel		+ 97,40	+ 3,76	+ 0,40	10,09	10,64

Quelle: BARMER 2017, eigene Berechnung

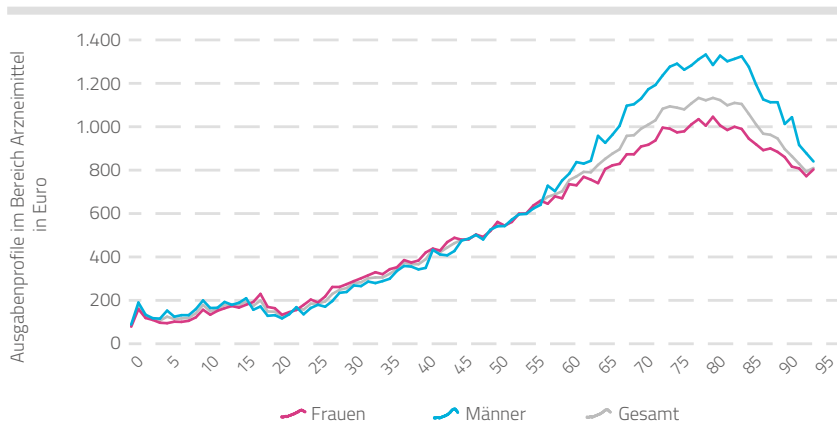
Abbildung 5: Ausgabenprofile 2016 in einzelnen Leistungssektoren nach Alter



Quelle: BARMER 2017, eigene Berechnung

Während beispielsweise die Ausgaben für die Bereiche „Krankenhaus“ und „Sonstige Leistungserbringer“ (vor allem für Heil- und Hilfsmittel) ab Anfang des 50. Lebensjahres deutlich ansteigen, gehen die Ausgaben für Krankengeld ab Mitte des 60. Lebensjahres völlig, die Ausgaben im Bereich „Zahnbehandlung“ ab dem 50. Lebensjahr kontinuierlich zurück. Hinzu kommt, dass sich auch innerhalb eines Leistungsbereiches die Ausgabenprofile nach Geschlecht zum Teil deutlich unterscheiden.

Abbildung 6: Ausgabenprofile des Jahres 2016 im Bereich Arzneimittel nach den Merkmalen Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER 2017, eigene Berechnung

Während die durchschnittlichen Ausgaben für Arzneimittel bis zum Ende des 59. Lebensjahres für Frauen und Männer noch relativ dicht beieinanderliegen, sind die Ausgaben für Männer danach deutlich höher. Für beide Geschlechter gilt, dass die durchschnittlichen Ausgaben ab einem bestimmten Alter wieder sinken (bei Frauen ab 82 Jahren, bei Männern ab 86 Jahren). Die dargestellten Ausgabenprofile verdeutlichen, dass sich der Demografieeffekt in einzelnen Leistungssektoren zwangsläufig unterschiedlich auswirkt.

Tabelle 7: Leistungsausgaben und Demografieeffekt im Bereich Arzneimittel 2011 bis 2016 (jährlicher Effekt)

Jahr	Leistungsausgaben insgesamt			Arzneimittelausgaben		
	je Versicherter in Euro	Delta in Prozent	Demografieeffekt in Prozent	je Versicherter in Euro	Delta in Prozent	Demografieeffekt in Prozent
2010	2.358,95			440,43		
2011	2.418,98	2,5	0,70	423,86	- 3,8	0,64
2012	2.479,99	2,5	0,53	426,15	0,5	0,51
2013	2.611,16	5,3	0,44	438,06	2,8	0,40
2014	2.750,35	5,3	0,41	478,81	9,3	0,30
2015	2.851,57	3,7	0,12	496,83	3,8	0,05
2016	2.943,27	3,2	0,22	512,06	3,1	0,12

Quelle: BARMER 2017, eigene Berechnung

Für den Arzneimittelbereich zeigt sich ein im Vergleich zu den gesamten Leistungsausgaben leicht schwächerer jährlicher Demografieeffekt (DE). Bei einer Betrachtung des Demografieeffektes über den gesamten Zeitraum mit dem Basisjahr 2010 zeigt sich ebenfalls ein leicht unterdurchschnittlicher Demografieeffekt.

Tabelle 8: Leistungsausgaben und Demografieeffekt im Bereich Arzneimittel 2011 bis 2016, Basisjahr 2010 (Kosten), Versicherte 2016

Jahr	Leistungsausgaben insgesamt			Arzneimittelausgaben		
	je Versicherter in Euro	Delta in Prozent	Demografieeffekt in Prozent	je Versicherter in Euro	Delta in Prozent	Demografieeffekt in Prozent
2010	2.358,95	100,0		440,43	100,0	
2011	2.418,98			423,86		
2012	2.479,99			426,15		
2013	2.611,16			438,06		
2014	2.750,35			478,81		
2015	2.851,57			496,83		
2016	2.943,27	124,8	2,44	512,06	116,3	2,07

Quelle: BARMER 2017, eigene Berechnung

Betrachtet man auf diese Weise (Basisjahr mit den Kosten des Jahres 2010, Versicherte des Jahres 2016) den Demografieeffekt über alle Hauptleistungsbereiche in der GKV, so ergibt sich folgendes Bild.

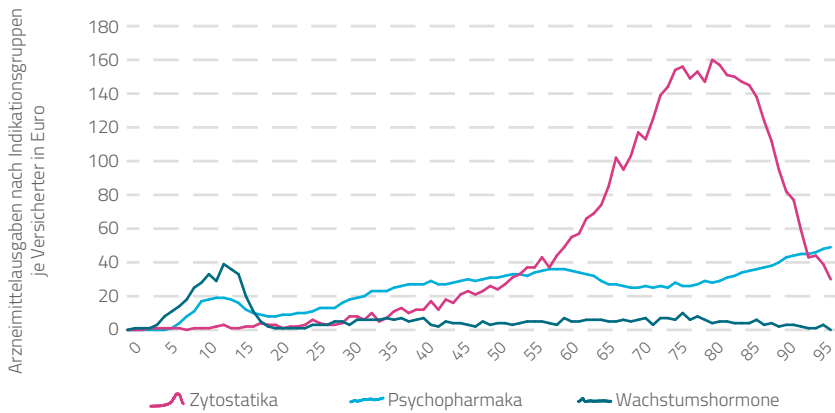
Tabelle 9: Leistungsausgaben und Demografieeffekt im Bereich Arzneimittel 2011 bis 2016, Basisjahr 2010 (Kosten), Versicherte 2016

Leistungssektor	Leistungsausgaben in Prozent	Demografieeffekt in Prozent	DE-Anteil in Prozent
Ärzte	27,8	1,51	5,4
Zahnärzte	18,0	- 0,51	- 2,8
Arzneimittel	16,3	2,07	12,7
Krankenhaus	20,7	3,24	15,6
Sonstige Leistungserbringer	41,6	3,73	9,0
Krankengeld	46,0	3,13	6,8
Gesamt	24,8	2,44	9,8

Quelle: KV45 2010 bis 2016, eigene Berechnung

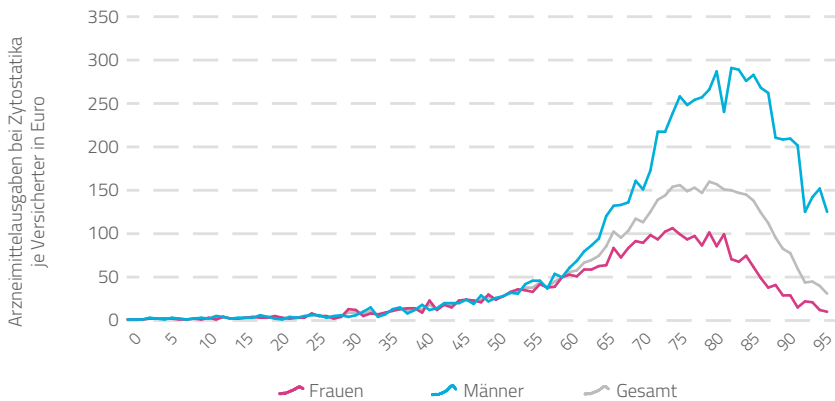
Der Demografieeffekt schwankt zwischen - 0,5 Prozent (Zahnärzte) und + 3,7 Prozent (Sonstige Leistungserbringer). Der höchste relative Anteil an der jeweiligen Ausgabesteigerung im Hauptleistungsbereich ergibt sich im Krankenhausbereich mit 15,6 Prozent. Auch innerhalb einzelner Leistungsbereiche ergeben sich (auf Produktebene) deutliche Unterschiede hinsichtlich des Einflusses des demografischen Wandels auf die Ausgabenentwicklung. Dies lässt sich exemplarisch in den Sektoren „Arzneimittel“ und „Hilfsmittel“ zeigen. Hintergrund ist, analog zu den Hauptleistungsbereichen, dass sich die Ausgaben nach Alter und Geschlecht auch innerhalb der Sektoren deutlich voneinander unterscheiden. Hinzu kommt, dass sich die Kostenprofile auch innerhalb einzelner Indikationsgebiete zum Teil deutlich nach dem Geschlecht der Versicherten voneinander abweichen.

Abbildung 7: Arzneimittelausgaben 2016 nach Alter und ausgewählten Indikationsgruppen



Quelle: BARMER 2017, eigene Darstellung

Abbildung 8: Arzneimittelausgaben 2016 nach Alter und Geschlecht bei Zytostatika



Quelle: BARMER 2017, eigene Darstellung

Entsprechend variiert der Demografieeffekt innerhalb des Arzneimittelbereiches je nach Indikationsgebiet erheblich.

Tabelle 10: Demografieeffekt im Bereich Arzneimittel 2011 bis 2016 nach ausgewählten Indikationsgebieten, Basisjahr 2010 (Kosten), Versicherte 2016

Arzneimittel-Gruppe	Demografieeffekt in Prozent	DE-Anteil in Prozent
Venentherapeutika	-2,30	- 4,37
Immunmodulatoren	- 0,76	- 2,86
Psychotherapeutika	1,95	- 0,12
Arzneimittel gesamt	2,07	
Broncho-Antiasthmatika	2,36	0,29
Antihypertonika	2,84	0,77
Parkinson	3,17	1,10
Zytostatika	3,31	1,24
Betarezeptorenblocker	3,70	1,63
Ophthalmika	3,71	1,64
Analgetika	3,74	1,67

Quelle: BARMER 2017, eigene Darstellung

Auch innerhalb des Hauptleistungsbereiches „Sonstige Leistungserbringer“ zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich des Demografieeffektes bei einzelnen Unterkonten beziehungsweise Leistungsbereichen.

Tabelle 11: Demografieeffekt im Bereich „Sonstige Leistungserbringer“ 2011 bis 2016 nach ausgewählten Leistungsbereichen, Basisjahr 2010 (Kosten), Versicherte 2016

Leistungsbereich	Demografieeffekt in Prozent	DE-Anteil in Prozent
Heilmittel	1,56	- 2,17
Sonstige Leistungserbringer insgesamt	3,73	
Hilfsmittel	3,78	0,05
Häusliche Krankenpflege	8,83	5,10

Quelle: BARMER 2017, eigene Darstellung

Während der Wert im Bereich „Heilmittel“ lediglich bei + 1,6 Prozent liegt, wirkt der Demografieeffekt mit + 8,8 Prozent im Bereich „Häusliche Krankenpflege (HKP)“ fast sechsmal stärker.

Insgesamt zeigt sich, dass der Demografieeffekt in der GKV in den letzten Jahren aufgrund des spezifischen Versichertenwachstums in der GKV abnimmt. Gleichzeitig zeigen die Detailanalysen auf Ebene der Hauptleistungsbereiche und Leistungsbereichen, dass der Erklärungsanteil für die Ausgabenentwicklung in einzelnen Sektoren nicht nur extrem unterschiedlich ist, sondern zum Teil sogar gegensätzlich verläuft.

Zusammenfassung

Eine erste Analyse auf Basis von GKV-Daten aus dem Jahre 2012 hat gezeigt, dass jährlich lediglich etwa 16 Euro pro Kopf in den vier Jahren von 2007 bis 2010 auf den demografischen Wandel zurückgeführt werden konnten. In Relation zur Gesamtsteigerung der Leistungsausgaben lag der Anteil bei etwa 18 Prozent. Auch in der Zukunft, so das damalige Fazit der Analysen, sind hier keine gravierenden Änderungen zu erwarten. Ab dem Jahr 2016 würde sich die Entwicklung sogar abschwächen. Der Höhepunkt der Kostensteigerung pro Kopf durch die demografische Entwicklung war nach dieser Analyse in den Jahren bis 2013 zu erwarten (Repschläger 2012). Insgesamt zeigt sich nach der erneuten Analyse für die Jahre 2011 bis 2016 tatsächlich ein deutlich abgeschwächter durchschnittlicher jährlicher ausgabensteigernder Effekt von etwa zehn Euro pro Kopf, der auf den demografischen Wandel zurückzuführen ist. Bei einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg der Leistungsausgaben von 97 Euro je Versicherten (Tabelle 1) betrug der durchschnittliche Anteil des Demografieeffektes etwa zehn bis elf Prozent.

Die demografische Entwicklung hat zwar einen erkennbaren Einfluss auf die Ausgabenentwicklung, allerdings ist dieser Einfluss deutlich geringer, als es dem Eindruck in der öffentlichen Diskussion entspricht. Mit einem Anteil von 0,1 bis 0,7 Prozent (Tabelle 10) dürfte er dauerhaft hinter der allgemeinen Preissteigerung, dem technologischen Wandel und den politischen Entscheidungen zurückbleiben. Als Hauptgrund für höhere Beiträge der Krankenkassen kann die steigende Zahl älterer Menschen also weiterhin nicht gelten.

Allerdings zeigt sich, dass der demografische Wandel in den einzelnen Leistungssektoren zum Teil stark unterschiedlich wirkt. Während der Wert für den Zeitraum von 2011 bis 2016 im Bereich „Zahnärzte“ mit -0,5 Prozent sogar leicht negativ (ausgabendämpfend) ist, wirkt der Demografieeffekt mit + 8,8 Prozent im Bereich „Häusliche Krankenpflege (HKP)“ massiv. Insofern kann der demografische Wandel, wenn auch nicht über das gesamte Leistungsgeschehen, in einzelnen Sektoren tatsächlich eine wesentliche Rolle spielen und einen Treiber für die Ausgabenentwicklung darstellen.

Alle Überlegungen gelten analog auch für die Krankenkassen und Kassenarten. Nicht nur die Versichertenstruktur der GKV insgesamt ändert sich, sondern auch die Struktur innerhalb der Krankenkassen unterliegt Veränderungen durch Versichertenwechsel und Neuaufnahmen, zum Beispiel von Zuwanderern. Dies hat Einfluss auf die Ausgabenentwicklungen durch davon ausgehende unterschiedliche Demografieeffekte, wie das folgende Beispiel zeigt.

Während die Leistungsausgaben in der GKV im Jahr 2016 um + 3,22 Prozent steigen, weist die AOK mit + 1,82 Prozent eine deutlich niedrigere Steigerungsrate aus (KV45 1-4/2016). Allerdings beträgt das Versichertenwachstum im entsprechenden Zeitraum in der GKV + 1,0 Prozent und bei der AOK + 2,6 Prozent. Während sich für die GKV auf Basis der dargestellten Methode ein Demografieeffekt von + 0,22 Prozent ergibt (siehe oben), beträgt er für die AOK - 0,83 Prozent. Mit anderen Worten: Von einem Ausgabenabstand von + 1,4 Prozent zwischen GKV und AOK-System lassen sich knapp 1,1 Prozent allein durch den Demografieeffekt erklären.

Literatur

- Repschläger, U. (2012): Der Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland. In: Repschläger, U., Schulte, C., Osterkamp, N. (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2012. Wuppertal. S. 26–45.
- Statistisches Bundesamt (2016): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Zusammenfassende Übersichten – Eheschließungen, Geborene und Gestorbene 1946 bis 2015. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/ZusammenEheschliessungenGeboreneGestorbene.html (Download am 5. Juli 2017).
- Statistisches Bundesamt (2017a): Fachserie 1, Reihe 1.2, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Wanderungen. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Wanderungen/Wanderungen2010120157004.pdf?__blob=publicationFile (Download am 5. Juli 2017).
- Statistisches Bundesamt (2017b): Kohortensterbetafeln für Deutschland, Ergebnisse aus den Modellrechnungen für Sterbetafeln nach Geburtsjahrgang 1871 – 2017. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/Kohortensterbetafeln5126101179004.pdf?__blob=publicationFile (Download am 5. Juli 2017).

