

KIEL POLICY BRIEF

Jens Boysen-Hogrefe

Gesetzliche Kranken- versicherung: Pause beim Ausgabenanstieg durch Alterung



Nr. 121 Februar 2019

- Die gute Finanzlage der GKV ist zwar vornehmlich, aber wohl nicht nur von der Einnahmeseite geprägt.
- Die Ausgaben der GKV sind in den vergangenen 20 Jahren wegen der Alterung der Versicherten merklich gestiegen, wie eine Zerlegung des Ausgabenanstiegs in Komponenten zeigt. Allerdings haben andere Faktoren einen noch größeren Einfluss.
- Ohne den alterungsbedingten Anstieg wären die Gesundheitsausgaben der GKV in etwa wie das Bruttoinlandsprodukt gestiegen.
- In den Jahren 2016 und 2017 kam der alterungsbedingte Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben zum Erliegen. Maßgeblich für die Abschwächung sind Zuwanderung und die Altersschichtung. Die Generation der „Babyboomer“ erreicht zwar inzwischen teilweise das Rentenalter, aber noch nicht diejenigen Alter, die typischerweise mit hohen Gesundheitsausgaben einhergehen.
- Die aktuell hohen Rücklagen der Krankenversicherungen sollten nicht in eine Ausweitung der Leistungen umgemünzt werden, da ein Wegfall der derzeit günstigen Umstände für Einnahmen und Ausgaben absehbar ist.

ÜBERBLICK/OVERVIEW

- Die gute Finanzlage der GKV ist zwar vornehmlich, aber wohl nicht nur von der Einnahmeseite geprägt.
 - Die Ausgaben der GKV sind in den vergangenen 20 Jahren wegen der Alterung der Versicherten merklich gestiegen, wie eine Zerlegung des Ausgabenanstiegs in Komponenten zeigt. Allerdings haben andere Faktoren einen noch größeren Einfluss.
 - Ohne den alterungsbedingten Anstieg wären die Gesundheitsausgaben der GKV in etwa wie das Bruttoinlandsprodukt gestiegen.
 - In den Jahren 2016 und 2017 kam der alterungsbedingte Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben zum Erliegen. Maßgeblich für die Abschwächung sind Zuwanderung und die derzeitige Altersschichtung.
 - Die aktuell hohen Rücklagen der Krankenversicherungen sollten nicht in eine Ausweitung der Leistungen umgemünzt werden, da ein Wegfall der derzeit günstigen Umstände für Einnahmen und Ausgaben absehbar ist.
-
- The current positive financial position of the statutory health insurance is predominantly but not only driven by the revenue side.
 - Health care expenditure increased markedly due to the aging of the insured persons in the previous 20 years. However, other factors had an even higher impact.
 - Without the impact of aging, health care expenditures would have nearly risen as per capita GDP in the same time.
 - In 2016 and 2017, aging had almost no effect on health care expenditures. Migration and the stratification of the current population led to a pause in aging effects.
 - Since headwinds for the revenue side are foreseeable and effects of aging are likely to return, the current financial situation should not lead to extra expenses. Currently high reserves are rectified.

Schlüsselwörter: Demografie, GKV, Ausgabenprofile, Gesundheitsausgaben

Jens Boysen-Hogrefe

Institut für Weltwirtschaft
Kiellinie 66
24105 Kiel
Tel.: +49 431 8814 210
E-Mail: jens.hogrefe@ifw-kiel.de



Die Autoren tragen die Verantwortung für den Inhalt dieser Publikation, nicht das Institut. Kommentare sind direkt an die Autoren zu richten.

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG: PAUSE BEIM AUSGABENANSTIEG DURCH ALTERUNG

1 EINLEITUNG

In den Jahren 2016 und 2017 konnten Überschüsse in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von knapp 1 Mrd. bzw. etwa 3 Mrd. Euro verzeichnet werden. Auch das Jahr 2018 dürfte mit einem Überschuss abgeschlossen worden sein. Der Gesundheitsfonds weist immer noch ein Milliarden-Polster auf und die Rücklagen mehrerer Krankenkassen sind dergestalt hoch, dass diese von vielen Seiten zum Senken der Zusatzbeiträge aufgerufen werden. Zugleich gibt es Initiativen, die Ausgaben in der GKV auszuweiten.

Maßgeblich für die Überschüsse war vor allem die sehr gute Entwicklung der Einnahmeseite. Vom starken Beschäftigungsaufbau, gerade im sozialversicherungspflichtigen Bereich, und der guten Lohnentwicklung konnte die gesetzliche Krankenversicherung deutlich profitieren.

Trotzdem mag die positive Tendenz überraschen angesichts der Alterung der Gesellschaft und der in jüngeren Jahren stattgefundenen Ausweitung der Leistungen (Boysen-Hogrefe 2015). So ist die gute Einnahmesituation auch nicht der einzige Grund für die jüngst so guten Finanzergebnisse der GKV. Tatsächlich ist der Anstieg der Gesundheitsausgaben aufgrund der Alterung der Versicherten in jüngerer Zeit quasi zum Erliegen gekommen. Die relative Verschiebung der Altersprofile bewirkte in den Jahren 2016 und 2017 so gut wie keine Veränderung der Ausgaben. Um dies darzustellen, wird im Folgenden eine Zerlegung der Gesundheitsausgaben der GKV entsprechend der nach Lebensjahren und Geschlecht differenzierten Ausgabenprofile durchgeführt.

2 EINE KOMPONENTENZERLEGUNG DER GESUNDHEITS- AUSGABEN IN DER GKV

2.1 ZUR METHODIK

Datengrundlage sind die Ausgabenprofile in der GKV, die für die Jahre 1996 bis 2017 vorliegen und vom Bundesversicherungsamt zur Verfügung gestellt werden. Die Ausgabenprofile erfassen die Ausgaben pro Versichertentag in einem Lebensalter. Zudem werden im vorliegenden Datensatz die Versichertentage erfasst, die den jeweiligen Lebensaltern zugeordnet werden können. In den Jahren 2010 bis 2017 reichen die jährlichen Lebensalter bis zum 99. Lebensjahr. In der letzten Altersgruppe sind dann alle Versicherten, die älter als 99 Jahre sind,

enthalten. In den Jahren vor 2010 endet die altersjährliche Berichterstattung mit dem 89. Lebensjahr. Um Vergleichbarkeit herzustellen, wurden für die Jahre 2010 bis 2017 die Ausgaben über das 90. Lebensjahr hinaus aggregiert.

Betrachtet werden nur die Gesundheitsausgaben, die aus den Ausgabenprofilen ermittelt werden können. Ausgaben für Verwaltung oder Krankengeldzahlungen bleiben außen vor. Der Ausgabenanstieg wird zunächst in zwei Komponenten zerlegt:

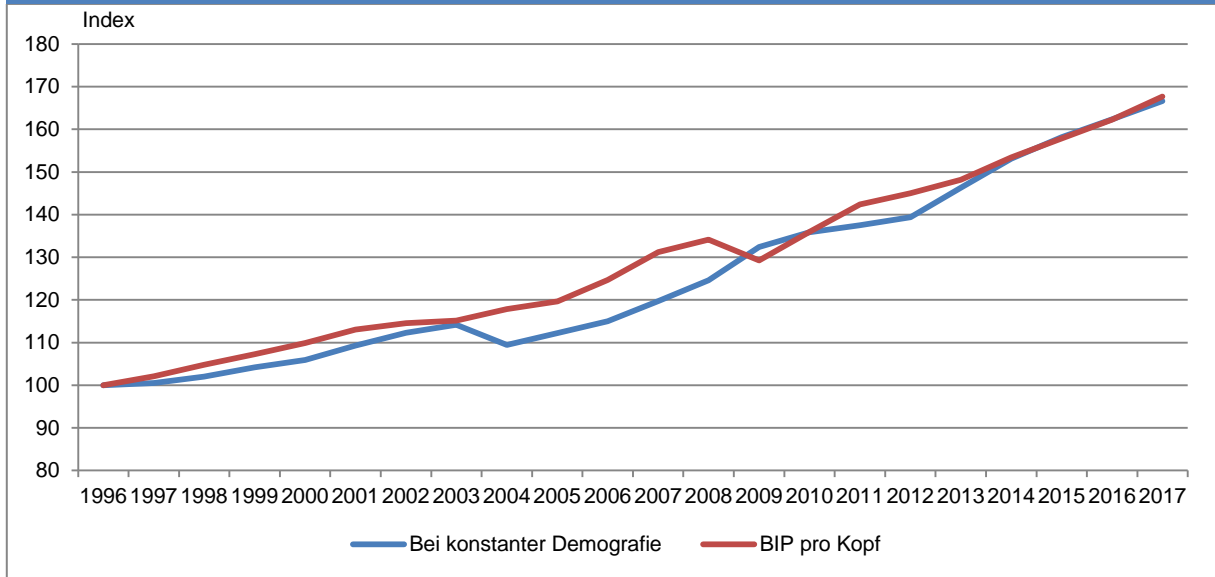
1. Systemkomponente: Zum einen werden die Ausgabenprofile zweier aufeinanderfolgender Jahre mit den altersspezifischen Versichertentagen getrennt nach Geschlechtern des ersten Jahres multipliziert. Die altersspezifischen Versichertentage bilden die Demografie ab, deren Einfluss hier konstant gehalten wird. Nur die Veränderungen der Ausgabenprofile werden also in der ersten Komponente berücksichtigt. Sie bildet näherungsweise die Einflüsse von Preisveränderungen, Leistungsausweitungen oder -kürzungen, Präferenzverschiebungen und technischen Veränderungen ab.
2. Demografiekomponente: In der zweiten Komponente soll hingegen nur der Einfluss der Demografie für die jährlichen Ausgabenzuwächse abgebildet werden. Dazu wird das Ausgabenprofil des Vorjahres auch für das Folgejahr angenommen und für beide Jahre mit den jeweiligen altersspezifischen Versichertentagen multipliziert. Diese Komponente enthält allerdings auch eine Mengenkomponekte. Steigt die Zahl der Versichertentage bzw. die Zahl der Versicherten insgesamt, taucht dies in der Demografiekomponente auf. Daher wird zudem der Zuwachs der Versichertentage (Bevölkerungseffekt) insgesamt berechnet und von der Demografiekomponente abgezogen. Als Ergebnis erhält man näherungsweise den Einfluss der Alterung auf die Pro-Kopf Ausgaben der GKV (Altersstruktureffekt).

Die Zerlegung in die System- und Demografiekomponente deckt die Ausgabenzuwächse sehr weitgehend ab. Es bleibt nur eine unbedeutende Restkomponente, die durch zeitgleiche Verschiebungen in den Ausgabenprofilen und der Demografie entsteht.

2.2 AUSGABENZUWÄCHSE NACH KOMPONENTEN

Zunächst lässt sich feststellen, dass der Großteil der Ausgabenzuwächse auf die Systemkomponente zurückgeht, was konform geht mit den Erkenntnissen von Gasche und Rausch (2016). Diese ist im betrachteten Zeitraum von 1996 bis 2017 um gut 60 Prozent gestiegen und damit ähnlich stark wie das (nominale) Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, aber merklich stärker als die Arbeitnehmerentgelte pro Kopf. Offenbar gelingt es den Akteuren im Gesundheitssystem, bei ihren Leistungen mit der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung Schritt zu halten. Dass die Gesundheitsausgaben der GKV schneller gestiegen sind als die Wirtschaftsleistung, kann man ferner nahezu vollständig der demografischen Entwicklung zuweisen (Abbildung 1). Die Demografiekomponente ist um gut 14 Prozent gestiegen.

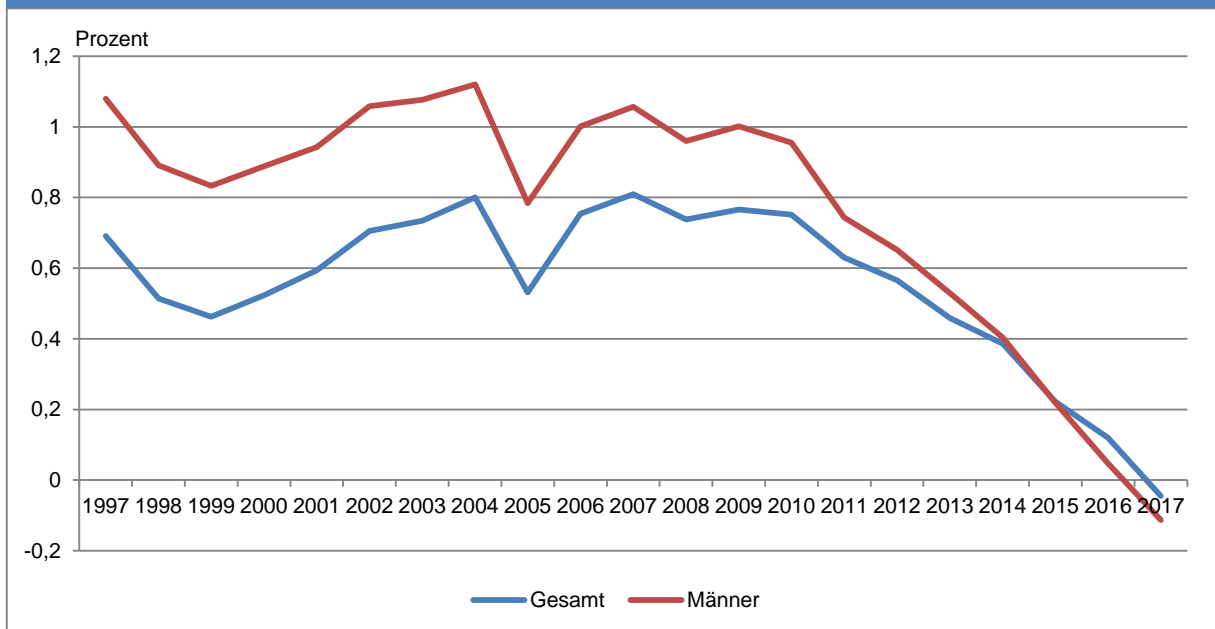
Abbildung 1:
Systemkomponente der Gesundheitsausgaben und Pro-Kopf-BIP 1996–2017



Index: 1996=100. Bei konstanter Demografie: Entwicklung der Gesundheitsausgaben, wenn der Zuwachs der Demografie auf null gesetzt wird.

Quelle: Bundesversicherungsamt (2018); Statistisches Bundesamt (2019); eigene Berechnungen.

Abbildung 2:
Altersstruktureffekt 1997–2017



In Prozentpunkten. Altersstruktureffekt: Berechnet als Differenz der Zuwachsrate der Demografiekomponente und der Zuwachsrate der Versichertenzahl.

Quelle: Bundesversicherungsamt (2018); eigene Berechnungen.

Bei der Zerlegung der demografischen Komponente in Bevölkerungsanstieg und Veränderung der Altersstruktur zeigt sich, dass Bevölkerungseffekte über den gesamten Zeitraum eine eher untergeordnete Rolle spielen (Tabelle 1). Am aktuellen Rand macht sich allerdings die höhere Zuwanderung bemerkbar, die zugleich die Altersstruktur verändert. Bei den Altersstruktureffekten findet sich folgendes Muster: Diese stiegen zunächst an, unterbrochen von der Entwicklung im Jahr 2005, und ließen dann ab etwa 2010 mit Einsetzen des Anstiegs der Versichertenzahl nach (Abbildung 2). Aktuell ist der Altersstruktureffekt vernachlässigbar gering. Noch deutlicher tritt dies bei der ausschließlichen Betrachtung der Ausgabenprofile der Männer zutage.

Tabelle 1:
Zerlegung der Gesundheitsausgaben 1997–2017

Jahr	Gesundheitsausgabenanstieg	Anstieg bei konstanter Demografie (Systemkomponente) (1)	Demografiekomponente (2)	Anstieg der Zahl der Versicherten (3)	Alterungsstruktureffekt (2)-(3)
1997	0,22	0,53	-0,32	-1,01	0,69
1998	1,80	1,46	0,33	-0,18	0,51
1999	2,62	2,15	0,48	0,01	0,46
2000	2,53	1,67	0,87	0,35	0,52
2001	3,51	3,20	0,32	-0,28	0,59
2002	3,26	2,71	0,56	-0,15	0,71
2003	2,02	1,69	0,36	-0,37	0,73
2004	-3,50	-4,15	0,70	-0,11	0,80
2005	3,31	2,58	0,75	0,22	0,53
2006	2,98	2,43	0,56	-0,19	0,75
2007	4,78	4,13	0,65	-0,16	0,81
2008	5,04	4,11	0,92	0,18	0,74
2009	6,32	6,25	0,09	-0,68	0,77
2010	3,19	2,61	0,57	-0,19	0,75
2011	1,88	1,22	0,65	0,02	0,63
2012	2,44	1,37	1,06	0,49	0,57
2013	5,48	4,91	0,55	0,09	0,46
2014	5,80	4,68	1,08	0,69	0,39
2015	4,34	3,31	1,00	0,77	0,22
2016	4,15	2,64	1,48	1,36	0,12
2017	3,54	2,62	0,90	0,94	-0,05

Angaben in Prozent. Zerlegung der Gesundheitsausgaben der GKV in dies Demografiekomponente (jährlicher Anstieg bei konstantem Ausgabenprofil) und Systemkomponente (jährlicher Anstieg bei konstanter Demografie). Zudem Zerlegung der Demografiekomponente in Bevölkerungsanstieg und Alterungsstruktureffekt.

Quelle: Bundesversicherungsamt (2018); eigene Berechnungen.

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben lag bei den Männern merklich höher als der Gesamtanstieg. Sowohl die Systemkomponente als auch die Demografiekomponente haben dazu beigetragen, wobei innerhalb der Demografiekomponente der Altersstruktureffekt den größeren Teil der Differenz ausmacht. Bemerkenswert ist aber vor allem der zeitliche Verlauf

des Altersstruktureffekts. Während dieser bis zum Jahr 2010 in etwa um 1 Prozent schwankte, sank er in der Folge rapide ab und lag im Jahr 2017 unter null.

Der deutliche Rückgang des Altersstruktureffekts in jüngerer Zeit scheint im Widerspruch mit der Beobachtung zu stehen, dass das sogenannte demografische Zwischenhoch zu Ende gegangen ist und die sogenannten Babyboomer zusehends den Arbeitsmarkt verlassen (Boysen-Hogrefe 2012: [IfW-Box 2012.7](#)). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass der deutliche Anstieg der Gesundheitsausgaben im Altersprofil nach Erreichen des Regelrenteneintrittsalters erfolgt. Die auch als „demografische Atempause“ bezeichnete Situation (siehe z.B. Werding 2014) dürfte somit zeitverzögert auf die Ausgabenseite der GKV wirken.

Mit Blick auf das Ende des demografischen Zwischenhochs ist zudem hinzuzufügen, dass dessen negative Auswirkungen auf die Einnahmen der Sozialversicherungen durch den anhaltenden Beschäftigungsaufbau, den Anstieg des effektiven Renteneintrittsalters sowie die Migration hinausgeschoben werden. Zugleich ist, sofern man eine gewisse Stabilität der Ausgabenprofile annimmt, mit einer „Wiederkehr“ des Altersstruktureffekts auf der Ausgabenseite zu rechnen, auch wenn dieser vielleicht nicht mehr die Höhe erreicht werden dürfte, wie in den Jahren vor 2010.

Die Annahme, die für diese Aussagen getroffen wurde, ist, dass die Ausgabenprofile vergleichsweise stabil in der Zeit sind. Das heißt, dass die relativen Ausgaben, die in den einzelnen Lebensjahren anfallen, nicht zu starken Schwankungen unterliegen. Gerade mit Blick auf die steigende Lebenserwartung ist dies keine unumstrittene Annahme. Im Kern geht es um die Frage, ob mit der höheren Lebenserwartung gesunde Jahre hinzukommen, was gegen die Stabilität der Ausgabenprofile bzw. für einen Rückgang der relativen Ausgabenprofile in höheren Altern sprechen würde (Ausgaben hängen von der Nähe zum Tod ab), oder basierend auf bereits „teuren“ Lebensjahren zusätzliche Jahre mit weiteren, hohen Gesundheitsausgaben zu erwarten sind, was für eine Stabilität der relativen Ausgabenprofile sprechen würde (Ausgaben hängen vom Alter ab). Da die gestiegene Lebenserwartung häufig veränderten Umweltfaktoren und geänderter Lebensführung und nicht nur einer intensiveren medizinischen Versorgung zugeschrieben werden kann, spricht dies für den Zugewinn gesunder Jahre.¹ Allerdings kann die gestiegene Lebenserwartung auch dazu führen, dass medizinische Eingriffe sowohl von Seiten der Medizin als auch des Patienten einem geänderten Kosten-Nutzen-Kalkül unterworfen werden, was dazu führt, dass sich mehr Eingriffe und Behandlungen „lohnen“ und entsprechend auch mehr ausgeführt werden (Breyer 2015; Breyer et al. 2015). Im folgenden Abschnitt wird diskutiert, inwieweit die Ausgabenprofile der GKV der Jahre 1996 bis 2017 Hinweise für die Diskussion dieser Thesen liefern.

¹ Empirische Untersuchungen zum Zugewinn gesunder Jahre liegen mit Werblow et al. (2007) und Felder et al. (2010) vor.

3 AUSWIRKUNGEN DER STEIGENDEN LEBENSERWARTUNG AUF DIE GESUNDHEITSAUSGABEN

Da die Ausgaben im Schnitt der Versicherten typischerweise nach Erreichen des Erwachsenenalters – bei Frauen abgesehen von den Lebensjahren, in denen die Mehrzahl der Geburten stattfindet – mit den Lebensjahren zunehmen, besteht wie dargelegt die Überlegung, dass die Gesundheitsausgaben eine Funktion des Lebensalters sind. Eine steigende Lebenserwartung würde damit einhergehen, dass eine Person über den Lebenszyklus absolut wie relativ mehr Jahre in einer Phase mit hohen Gesundheitsausgaben verbringt.

Alternativ gibt es die Überlegung, dass die Ausgaben nicht eigentlich vom Lebensalter abhängen, sondern von der Nähe zum Tod. Der Anstieg der Ausgabenprofile mit den Lebensjahren ist dann nur dem Umstand geschuldet, dass die Sterblichkeit mit den Lebensjahren zunimmt. Sofern unter dieser Hypothese die Lebenserwartung steigt, verbringt eine Person zwar absolut genauso viele Jahre in Phasen hoher Ausgaben, aber relativ sinkt die Zeitspanne der hohen Ausgaben. Bezogen auf den durchschnittlichen Versicherten würden die Ausgaben durch die steigende Lebenserwartung sinken.

In Zeiten steigender Lebenserwartung spricht die These, dass die Nähe zum Tod die Ausgaben bestimmt, dafür, dass die Ausgaben für ein höheres Lebensalter im Zeitablauf sinken, da relativ immer weniger Nah-Todesfälle in jedem Lebensalter auftreten sollten. Anders ausgedrückt: Die Mortalität sollte bei steigender Lebenserwartung in der überwiegenden Zahl der Lebensalter, auch in den sehr hohen Lebensaltern, sinken und damit die Ausgabenprofile nach rechts absenken oder zumindest strecken.²

Folgende Berechnung soll dazu dienen, die vorliegenden Ausgabenprofile für die Fragestellung, ob die Gesundheitsausgaben eine Funktion des Alters oder der Nähe zum Tod sind, nutzbar zu machen. Da die Ausgabenprofile einer Vielzahl von allgemeinen Einflüssen, wie z.B. Lohnsteigerungen in den Gesundheitsberufen, unterliegen, bietet sich ein Vergleich der absoluten Werte über die Zeit nicht an. Stattdessen werden relative Werte gebildet, die die Ausgaben in einem Lebensjahr relativ zu den Ausgaben in allen Lebensjahren zusammen betrachten. Die relativen Werte lassen sich im Zeitablauf miteinander vergleichen. Durch die Transformation der Daten ergibt sich ein neuer Datensatz, der wie der Ausgangsdatsatz 21 Beobachtungen in der Zeit und 91 Lebensalter berücksichtigt.

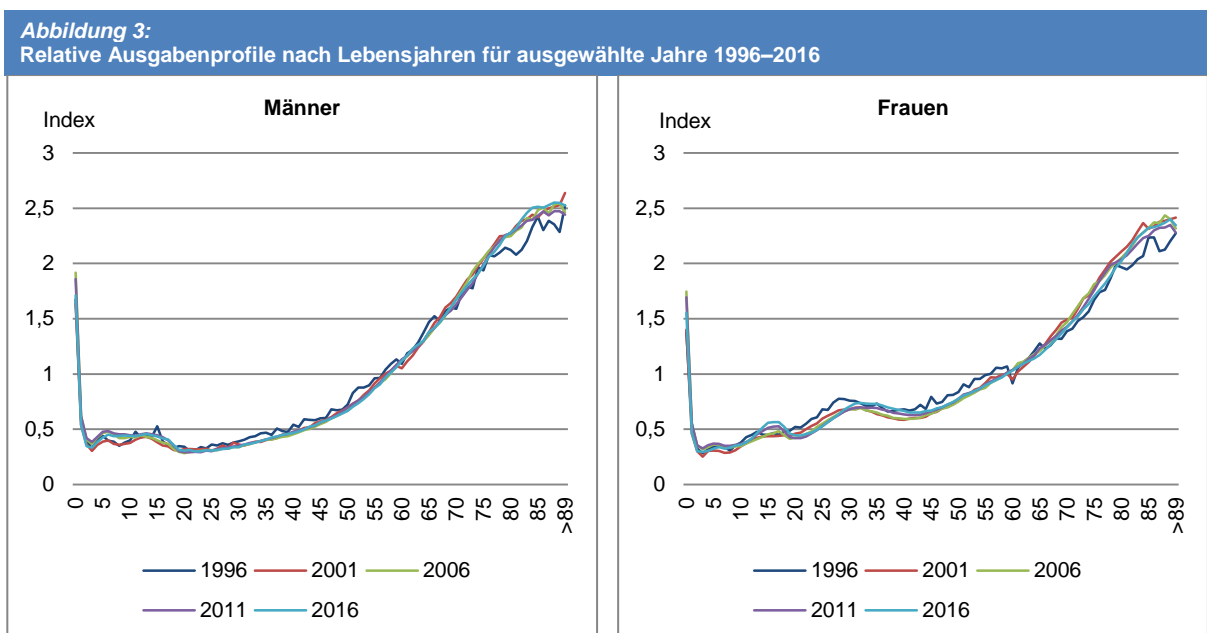
Der Datensatz kann als Panel von 91 Zeitreihen aufgefasst werden. Die Zeitreiheneigenschaften sind von Interesse für die Diskussion der oben genannten Frage. So wurden Panel-Stationaritäts-Tests und Prognosevergleiche für die relativen Ausgabenprofile der Männer durchgeführt, um Aufschluss darüber bekommen (Anhang 1). Eine Analyse für die Ausgabenprofile der Frauen ist durch den Umstand erschwert bzw. präjudiziert, dass durch die

² Bezogen auf den medizinisch-technischen Fortschritt würde unter der „Kompressionsthese“, dass der medizinisch-technische Fortschritt die Gesundheitsausgaben noch stärker am Lebensende komprimiert, weil schwere Erkrankungen zuvor vermieden werden können, ebenfalls die Ausgabenprofile „strecken“. Dem entgegen steht die „Medikalisierungsthese“, derzufolge zwar der medizinisch-technische Fortschritt die Lebenserwartung (mit)erhöht, aber nur durch intensivere und frühzeitige Behandlung.

Verschiebung des durchschnittlichen Alters Gebärender eine Instabilität der relativen Ausgabenprofile über die Zeit offensichtlich ist.

Die Tests auf Stationarität für die relativen Ausgabenprofile der Männer erbringen kein eindeutiges Bild; die Prognosevergleiche zeigen aber an, dass die relativen Ausgaben eines Lebensalters eher als zufällige Aufeinanderfolge („random walk“) aufgefasst werden können. Dies bedeutet, dass diese im Zeitverlauf einer steigenden Unsicherheit unterworfen sind und die relativen Ausgaben über die Jahre nicht stabil sind.

Dieser Befund ist wegen des medizinisch-technischen Fortschritts und der steten Veränderung der Lebenserwartung wenig verwunderlich, doch liefert er für sich genommen noch keine Evidenz in der Frage, wie die Lebenserwartung die Gesundheitsausgaben beeinflusst. Keine der dazu genannten Hypothesen kann somit verworfen werden. Hätte man hingegen stabile relative Ausgabenprofile vorgefunden, hätte dies die Hypothese, dass die Gesundheitsausgaben eine reine Funktion des Alters sind, gestützt.



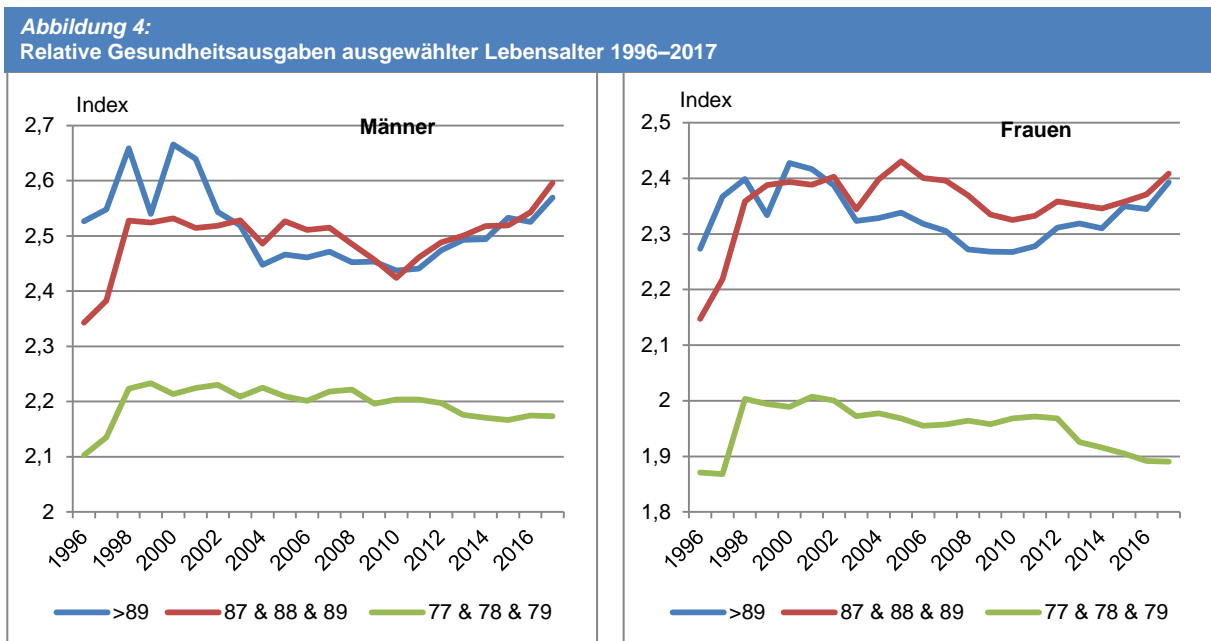
Index: Lebensjahr mit über alle Lebensjahre durchschnittlichen Ausgaben = 1.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen.

Die in Augenscheinahme der relativen Ausgabenprofile zeigt nur moderate Bewegungen an, so dass zwar die Annahme der Stabilität angesichts der Prognoseergebnisse verworfen werden muss, aber eine Fortschreibung des aktuellen Ausgabenprofils zumindest in die mittlere Frist als vergleichsweise verlässlich gelten kann (Abbildung 3).³ Die Betrachtung der relativen Ausgaben in hohen Altern liefert keinen eindeutigen Befund. Offenbar sind die relativen Ausgaben zeitweise gesunken, was für den Zugewinn gesunder Jahre spricht. Bemerkenswert ist hier vor allem der Rückgang bei den Männern über 90, deren Ausgaben-

³ Eine Vielzahl von Studien nutzt die Annahme der Stabilität, um die langfristigen Gesundheitsausgaben zu projizieren (Bahnsen et al. 2018; Kochskämpfer 2017; Arentz und Ulrich 2017; BMF 2016).

profil sogar unter das der Ende-80-Jährigen gefallen ist (Abbildung 4). Allerdings gibt es auch Perioden wieder steigender relativer Ausgabenprofile Älterer. Gerade im laufenden Jahrzehnt ist dies deutlich. Die Betrachtung dieser Zeitreihe zeigt also keine durchgängige Evidenz für eine der Thesen. Einen eindeutigen Hinweis, dass durch die steigende Lebenserwartung die Gesundheitsausgaben nicht zunehmen werden, liefert die Betrachtung also nicht.



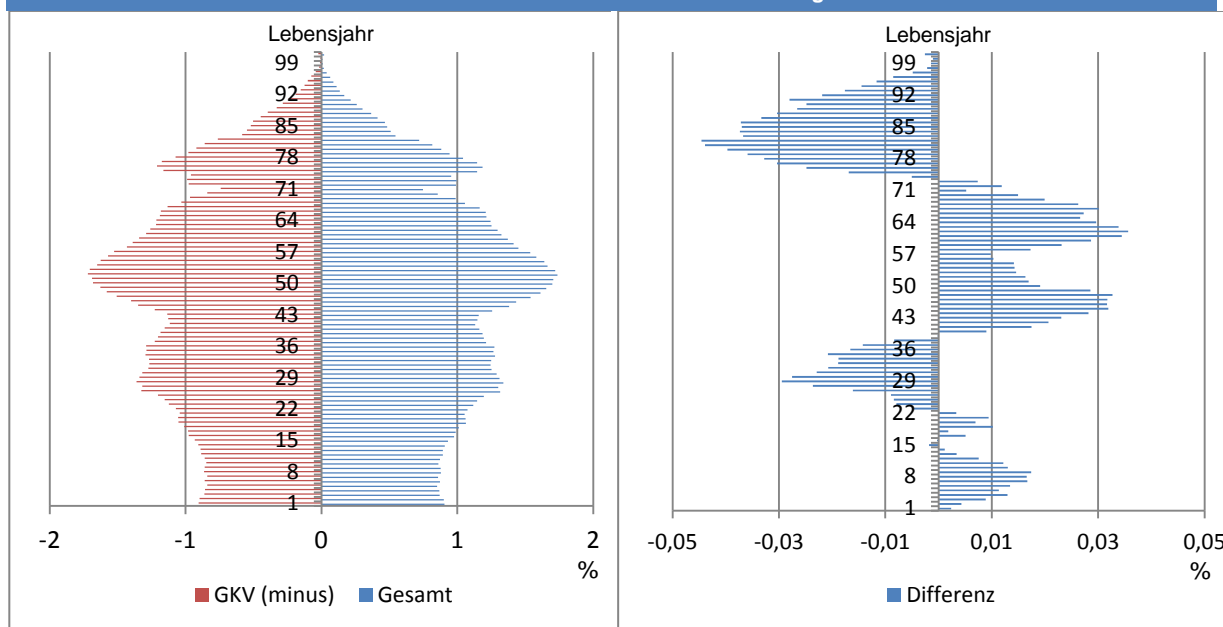
Index: Lebensjahr mit über alle Lebensjahre durchschnittlichen Ausgaben = 1.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen.

4 DEMOGRAFIE IN DER GKV UND IN DER GESAMTBEVÖLKERUNG

Der Befund, dass die Alterung in der GKV jüngst kaum größere Effekte auf die Ausgaben gehabt haben dürfte, wirft ebenfalls die Frage auf, ob die demografische Situation in der GKV von der der Gesamtbevölkerung abweicht. Zum einen ist festzuhalten, dass die Altersschichtung durchaus sehr ähnlich ist, wie ein Vergleich der Versichertentage nach Lebensalter in der GKV mit der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamts für das Jahr 2015 zeigt (Statistisches Bundesamt 2016). Die Abweichungen sind zwar nicht groß, aber doch systematisch (Abbildung 5).

Abbildung 5:
Relative Anteile von Lebensaltern an Versicherten und der Gesamtbevölkerung im Jahr 2015



Linkes Feld: Für GKV negative Werte abgetragen. Rechtes Feld: Differenz zwischen Gesamt und GKV.

Quelle: Bundesversicherungsamt (2018); Statistisches Bundesamt (2016); eigene Berechnungen.

In den ersten Lebensjahren gibt es quasi keine Abweichung zwischen dem Altersprofil in der GKV und dem in der Gesamtbevölkerung. In den 20er und 30er Lebensjahren gibt es dann ein leichtes Übergewicht in der GKV, was vermutlich auf den Einstieg ins Berufsleben und dem Beginn einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vieler in diesen Altersklassen einhergeht. Bis zu 0,03 Prozentpunkte ist der Anteil einzelner Lebensjahre in dieser Phase in der GKV höher. In den 40er Lebensjahren kippt dies zu Ungunsten der GKV, wozu Verbeamtungen und die Möglichkeit zum Übergang in die private Krankenversicherung beitragen dürften. Personen in den 70er Lebensjahren sind dann wieder relativ häufiger in der GKV anzutreffen.

5 DER BLICK IN DIE ZUKUNFT UND WIRTSCHAFTS-POLITISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN

In jüngerer Zeit scheint die Alterung die Gesundheitsausgaben der GKV kaum beeinflusst zu haben. Dieses Ergebnis wird dabei nicht von dem möglichen Zugewinn gesunder Lebensjahre bei einer höheren Lebenserwartung getrieben. Aus den Ausgabenprofilen lässt sich eher schließen, dass die steigende Lebenserwartung in jüngerer Zeit kaum dämpfend auf die altersspezifischen Ausgaben gewirkt hat. Maßgeblich ist in dieser Betrachtung ausschließlich die Alterszusammensetzung der Versicherten.

Derzeit begünstigen viele Einflussfaktoren die Finanzergebnisse der GKV, bei denen anzunehmen ist, dass diese nicht von Dauer sein werden. Der stete Beschäftigungs- und Lohnzuwachs könnte sich in absehbarer Zeit abflachen. Die Demografie wird gerade auf der Einnahmeseite der GKV bald deutliche Spuren hinterlassen. Dass die derzeit üppige Einnahmesituation zugleich von einer ausgabenseitigen alterungsbedingten Erleichterung begleitet wird, ist für die GKV derzeit günstig, doch ist in den kommenden Jahren eben auch hier mit mehr Gegenwind zu rechnen.

Die Einnahmesituation der GKV dürfte sich mit dem vermehrten Renteneintritt der „Babyboomer“ zusehends verschlechtern. Ebenso dürfte die Alterung der Versicherten die Ausgaben in Bälde wieder stärker erhöhen als derzeit. Insgesamt sollte die gute Kassenlage nicht für zusätzliche Ausgaben verwendet werden. Vielmehr ist es angesichts der bevorstehenden Herausforderungen durchaus plausibel, die hohen Rücklagen in der GKV aufrechtzuerhalten und zunächst weiter aufzubauen. Der Kasus liegt hier anders als in der Arbeitslosenversicherung (Boss 2018), bei der der demografische Wandel vergleichsweise gleichmäßig auf Einzahler und mögliche Empfänger der Versicherungsleistungen wirkt (durch den Renteneintritt entfallen zugleich Zahler und mögliche Empfänger). In der GKV hingegen ist eine strukturelle Verschlechterung der Finanzsituation angelegt, so dass die Rücklagen dazu dienen können, den Übergang in „rauere“ Zeiten zu moderieren, ohne die Beitragssätze zügig anheben zu müssen.

LITERATUR

- Arentz, C., und V. Ulrich (2017). Entwicklung des GKV-Beitragsatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060). Diskussionspapier 04-17, Universität Bayreuth.
- Bahnsen, L., G. Manthei und B. Raffelhüschen (2018). Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz Update 2018: Große Koalition, große Kosten. Argumente zu Marktwirtschaft und Politik 142. Stiftung Marktwirtschaft, Berlin.
- BMF (Bundesministerium der Finanzen) (2016). Der Vierte Tragfähigkeitsbericht. Monatsbericht März. Via Internet (5.2.2019) <<https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Monatsberichte/2016/03/Inhalte/Kapitel-3-Analysen/3-1-vierter-tragfaehigkeitsbericht-des-bmf.html>>.
- Boss, A. (2018). Die Finanzen der Bundesagentur für Arbeit: Rückblick und Ausblick. Kiel Policy Brief 119. Institut für Weltwirtschaft, Kiel. Via Internet (5.2.2019) <<https://www.ifw-kiel.de/de/publikationen/kiel-policy-briefs/2018/die-finanzen-der-bundesagentur-fuer-arbeit-rueckblick-und-ausblick-11831/>>.
- Boysen-Hogrefe, J. (2012). Das demographische Zwischenhoch. IfW-Box 2012.7. Institut für Weltwirtschaft, Kiel. Via Internet (4.2.2019) <<https://www.ifw-kiel.de/de/publikationen/ifw-box/2012/das-demographische-zwischenhoch-8893/>>.
- Boysen-Hogrefe, J. (2015). Steigende Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eintagsfliege oder Dauerbrenner? Kiel Policy Brief 98. Institut für Weltwirtschaft, Kiel. Via Internet (5.2.2019) <<https://www.ifw-kiel.de/de/publikationen/kiel-policy-briefs/2015/en/steigende-zusatzbeitraege-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung-eintagsfliege-oder-dauerbrenner-8625/>>.
- 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? *The European Journal of Health Economics* 16 (1) 95–112.
- Bundesversicherungsamt (2018). GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2017. Bonn.
- Felder, S., A. Werblow und P. Zweifel (2010). Do red herrings swim in circles? Controlling for the endogeneity of time to death. *Journal of Health Economics* 29 (2): 205–212.
- Gasche, M., und J. Rausch (2016). Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung – Projektionen und Determinanten *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik* 65 (3): 195–238.
- Kochskämper, S. (2017). Alternde Bevölkerung Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung. Via Internet (4.2.2019) <https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2017/330668/IW-Report_8_2017_Kranken_Pflegeversicherung.pdf>.
- Statistisches Bundesamt (2016). *Fachserie 1, Reihe 1.3: Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011: 2015*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2019). *Fachserie 18, Reihe 1.1: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Erste Jahresergebnisse*. Wiesbaden.
- Werblow, A., S. Felder und P. Zweifel (2007). Population ageing and health care expenditure: a school of ‘red herrings’? *Health Economics* 16 (10): 1109–1126.
- Werding, M. (2014). Demographischer Wandel und öffentliche Finanzen – Langfrist-Projektionen 2014–2060 unter besonderer Berücksichtigung des Rentenpakets der Bundesregierung. Arbeitspapier 01/2014. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Wiesbaden.

ANHANG 1: ANALYSE DER ZEITREIHENEIGENSCHAFTEN

Der Prognosevergleich wird durchgeführt, um die praktischen Implikationen unterschiedlicher Annahmen über die Zeitreiheneigenschaften in der Fortschreibung abzubilden. Da Stationaritätstests keine einheitlichen Ergebnisse liefern bzw. je nach Ausgestaltung des Tests die Hypothesen, dass alle Zeitreihen einem stochastischen Trend folgen bzw. stationär sind, jeweils verworfen wurden, soll der Prognosevergleich Aufschluss darüber geben, welche Annahme über die Zeitreiheneigenschaften das höhere Gewicht hat.

Es werden folgende Modelle geschätzt, wobei y_{it} das relative Ausgabenprofil für Lebensjahr i im Jahr t darstellt:

Modell I – linearer Trend – gleichmäßige Veränderung

$$y_{it} = \alpha_i + \beta_i t + e_{it}$$

Das Modell unterstellt, dass sich die relative Position gleichmäßig und allmählich über die Zeit verändert. Ähnliches wird in Modell II unterstellt, wobei dort die Veränderung über die Zeit nachlässt.

Modell II – log-linearer Trend – gleichmäßig, nachlassende Veränderung

$$y_{it} = \alpha_i + \beta_i \log(t) + e_{it}$$

Modell III – unbedingter Mittelwert – Stabilität

$$y_{it} = \mu_i + e_{it}$$

Modell IV – random walk – stete Veränderung und Pfadabhängigkeit

$$y_{it} = y_{it-1} + e_{it}$$

Für das Prognoseexperiment werden zwei Setups genutzt. In beiden Fällen wird ein expandierender Stützzeitraum gewählt. Der Stützzeitraum im ersten Setup startet auf den ersten 12 Zeitpunkten. Es werden die folgenden 10 Zeitpunkte für die 91 Lebensalter modelliert und prognostiziert. Im zweiten Setup bleiben die ersten vier Beobachtungen in der Zeit unberücksichtigt, da hier die Ausgabenprofile augenscheinlich von Lebensjahr zu Lebensjahr erratischen Schwankungen unterworfen waren, was mit Fragen der Datenerhebung zusammenhängen könnte. Um Einflüsse von dieser Seite zu vermeiden, fallen die ersten vier Beobachtungen weg. Die Modelle werden für jedes Lebensalter einzeln geschätzt.

Beide Setups liefern die gleichen Ergebnisse mit Blick auf das beste Modell (Tabelle A-1). Jeweils wird der „random walk“ (Modell IV) anhand der Wurzel des mittleren quadratischen Prognosefehlers präferiert, wobei die Fehler sowohl über die Zeit als auch über die Zeitreihen gemittelt werden, so dass sich die Aussage auf alle Ausgabenprofile insgesamt bezieht.

Tabelle A-1:
Wurzel der mittleren quadratischen Prognosefehler

	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Setup 1	0,0268	0,0256	0,0270	0,0170
Setup 2	0,0014	0,0012	0,0011	0,0006

Quelle: Eigene Berechnungen.

IMPRESSUM

DR. KLAUS SCHRADER
Leiter Bereich Schwerpunktanalysen
Head of Area Special Topics

> klaus.schrader@ifw-kiel.de

Herausgeber:

Institut für Weltwirtschaft (IfW)
Kiellinie 66, D-24105 Kiel
Tel.: +49-431-8814-1
Fax: +49-431-8814-500

Redaktionsteam:

Dr. Klaus Schrader (Schriftleitung, v.i.S.d.
§ 6 MDStV), Ilse Büxenstein-Gaspar, M.A.,
Margitta Führmann.
Das Institut für Weltwirtschaft ist eine rechtlich
selbständige Stiftung des öffentlichen Rechts des
Landes Schleswig-Holstein.

Umsatzsteuer ID:

DE 251899169

Das Institut wird vertreten durch:

Prof. Dennis J. Snower, Ph.D. (Präsident)

Cover Foto:

© Christa Eder - Fotolia.com

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Ministerium für Bildung, Wissenschaft und
Kultur des Landes Schleswig-Holstein



© 2019 Institut für Weltwirtschaft.
Alle Rechte vorbehalten.

<https://www.ifw-kiel.de/de/publikationen/kiel-policy-briefs/>