



DAV

DEUTSCHE
AKTUARVEREINIGUNG e.V.

Ergebnisbericht des Ausschusses Krankenversicherung

Auswirkungen demografischer Effekte auf die Krankenversicherung

Köln, 14. März 2018

Präambel

Der Ausschuss Krankenversicherung der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. hat den vorliegenden Ergebnisbericht erstellt.¹

Zusammenfassung

Der Ergebnisbericht befasst sich mit der Wirkung ausgewählter demografischer Faktoren auf die Krankenversicherung. Zunächst erfolgt eine kritische Würdigung des vierten Berichts zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen vom Bundesministerium der Finanzen hinsichtlich der Annahmen zur Entwicklung der medizinischen Leistungsausgaben sowie der daraus folgenden Schlussfolgerungen zu Ausgabenquoten. Darüber hinaus wird im Ergebnisbericht der Einfluss der Demografie auf die private und die gesetzliche Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Beitragsentwicklung in der Vollversicherung und Pflegeversicherung (insbesondere auch vor dem Hintergrund der Zinsentwicklung) sowie des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung untersucht. Abschließend erfolgen Quantifizierungen des künftigen Gesundheitsmarktes sowie eine Untersuchung der langfristigen Anlagen beim Kapitaldeckungsverfahren.

Der Ergebnisbericht ist an die Mitglieder und Gremien der DAV zur Information über den Stand der Diskussion und die erzielten Erkenntnisse gerichtet und stellt keine berufsständisch legitimierte Position der DAV dar.²

Verabschiedung

Der Ergebnisbericht ist durch den Ausschuss Krankenversicherung am 14. März 2018 verabschiedet worden.

¹ Der Ausschuss dankt der Arbeitsgruppe Demografie ausdrücklich für die geleistete Arbeit, namentlich Ralph Brouwers (Leitung), Hans-Jürgen Becker, Hans Martin Hoben, Alexander Krauskopf, Friedrich Loser, Gerd Hans Majer, Prof. Dr. Thomas Neusius, Hanno Reich, Helga Riedel, Dr. Ulrich Stellmann und Christian Zöller.

² Die sachgemäße Anwendung des Ergebnisberichts erfordert aktuarielle Fachkenntnisse. Dieser Ergebnisbericht stellt deshalb keinen Ersatz für entsprechende professionelle aktuarielle Dienstleistungen dar. Aktuarielle Entscheidungen mit Auswirkungen auf persönliche Vorsorge und Absicherung, Kapitalanlage oder geschäftliche Aktivitäten sollten ausschließlich auf Basis der Beurteilung durch eine(n) qualifizierte(n) Aktuar DAV/Aktuarin DAV getroffen werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Management Summary	5
2	Auftrag der Arbeitsgruppe	6
3	Einleitung	7
4	Ergebnisse der Priorität-1-Aktivität	8
4.1	Betrachtung der Ergebnisse der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes mit Blick auf die Verwendung der Annahmen im Tragfähigkeitsbericht.....	8
4.2	Hochrechnung der Leistungsausgaben in der Krankenversicherung mithilfe des BIP im Tragfähigkeitsbericht.....	9
4.3	Hochrechnung der Leistungsausgaben in der Pflegeversicherung im Tragfähigkeitsbericht anhand der Lohnentwicklung.....	11
4.4	Vergleich zwischen Tragfähigkeitsbericht und zwei Studien der Stiftung Marktwirtschaft.....	12
4.5	Vergleich zwischen der WIP-Studie („Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung“) und dem Tragfähigkeitsbericht.....	13
4.6	Entwicklung des BIP, der GKV-Leistungsausgaben und der GKV-beitragspflichtigen Einkommen im Vergleich	14
4.7	Ausgabenanteile im Gesundheitssystem.....	15
4.8	Eigene Szenariorechnungen	16
4.8.1	Szenariorechnungen zum Beitragssatz der GKV und SPV.....	16
4.8.2	Beitragsszenario PKV	27
5	Ergebnisse der Prio-2-Aktivität	52
5.1	Quantifizierungen des künftigen Gesundheitsmarkts.....	53
5.1.1	BIP-Anteil des Gesundheitsmarkts	53
5.1.2	Entwicklung der Pflege.....	53
5.2	Untersuchung der langfristigen Anlage beim Kapitaldeckungsverfahren.....	55
6	Fazit	57
7	Anhang.....	59
7.1	Begriffserklärung	59
7.1.1	Demografie	59
7.1.2	Altenquotient	59
7.1.3	Bruttoinlandsprodukt (BIP)	59
7.1.4	Ausgabenquote	59
7.1.5	Nachhaltigkeitslücke.....	60
7.2	Literaturübersicht	60
7.2.1	13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes	60
7.2.2	Der Tragfähigkeitsbericht (TFB)	61

7.2.3	Studien der Stiftung Marktwirtschaft zu öffentlichen Finanzen.....	66
7.2.4	Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP)	67
7.3	Ergebnistabellen der Szenariorechnungen für GKV/SPV	70
7.4	Ergebnistabellen der Szenariorechnungen für PKV/PPV.....	71
8	Literaturverzeichnis	76
9	Abkürzungsverzeichnis.....	79

1 Management Summary

Unsere Gesellschaft befindet sich aufgrund des demografischen Wandels im Umbruch. So kommt es zu einer Alterung der Bevölkerung in Deutschland, was ein Resultat aus niedriger Geburtenzahl und unter anderem einer längeren Lebenserwartung ist. Es ergibt sich die Frage, ob die finanziellen Lasten zukünftig noch tragbar sind.

Studien und Untersuchungen auf diesem Gebiet gibt es viele. Nicht selten werden Prognoserechnungen für die Entwicklung der Sozialsysteme gemacht. So z.B. von der Stiftung Marktwirtschaft, dem Wissenschaftlichen Institut der PKV oder dem Bundesministerium für Finanzen in Form des Tragfähigkeitsberichts.

Analysen und Vergleiche der Literaturergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Prognoserechnungen. Vor allem die getroffenen Annahmen sind die entscheidenden Treiber der in die Zukunft prognostizierten Ergebnisse. Hier zeichnet sich insbesondere der Tragfähigkeitsbericht durch teils optimistisch gewählte und somit diskussionswürdige Ansätze aus.

In Anlehnung an den Tragfähigkeitsbericht wurden eigene Szenariorechnungen für die GKV/SPV und PKV/PPV bis zum Jahr 2060 durchgeführt. Die Ergebnisse bleiben schwierig zu vergleichen. Während es sich bei der GKV um ein reines umlagefinanziertes System handelt, das sich prozentual über die beitragspflichtigen Einnahmen finanziert, handelt es sich in der PKV um individuelle Prämien abhängig vom gewählten Tarif.

Bei den Ergebnissen lässt sich beobachten, dass sowohl die GKV als auch die PKV recht resistent gegenüber der demografischen Veränderung zeigen. Im Gegensatz zu den Pflegeversicherungen, wo die demografische Veränderung stärker wirkt.

Einen wesentlich größeren Einfluss auf alle Versicherungen hingegen hat die medizinische Inflation. Die GKV/SPV reagiert darüber hinaus sensibel auf eine anhaltende strukturelle Einnamenschwäche, während die PKV/PPV durch das Niedrigzinsumfeld belastet ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Kranken- und Pflegeversicherung weniger stark auf die demografischen Veränderungen reagieren als auf die übrigen Einflussfaktoren wie z.B. dem Medizinisch Technischen Fortschritt. Zukünftig wird es daher vor allem wichtig werden, wirksame kostendämpfende Maßnahmen zu etablieren, um das Gesundheitssystem bezahlbar zu halten.

2 Auftrag der Arbeitsgruppe

Die AG Demografie befasst sich mit der Wirkung ausgewählter demografischer Faktoren auf die Krankenversicherung. Der Auftrag lautet nach Abstimmung mit dem DAV-Ausschuss Kranken:

Priorität 1:

Kritische Würdigung des Tragfähigkeitsberichts der Regierung ("Vierter Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen", Bundesministerium der Finanzen)

- hinsichtlich der Annahmen zur Entwicklung der medizinischen Leistungsausgaben
- sowie der daraus folgenden Schlussfolgerungen zu Ausgabenquoten.

Untersuchung des Einflusses der Demografie auf PKV und GKV unter folgenden Aspekten

- Beitragsentwicklung in Vollversicherung und Pflegeversicherung (insb. auch vor dem Hintergrund der Zinsentwicklung);
- Beitragssatz und Leistungsniveau in der GKV.

Priorität 2:

Untersuchung des Einflusses der Demografie auf PKV und GKV unter folgenden Aspekten

- Einkaufsverhalten (Zugang zur Vollversicherung, Finanzierung Zusatzversicherung);
- Annahme- und Zeichnungspolitik PKV.

Untersuchung der Thesen Medikalisierung vs. Kompression mit dem Unterthema

- Medizinischer Fortschritt / Prävention.

Abschnitt 3 enthält eine kurze Einleitung in das Thema.

In Abschnitt 4 werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppe dargestellt, die sich vor allem auf Vergleiche verschiedener Studien mit dem Tragfähigkeitsbericht sowie verschiedener Annahmen des Tragfähigkeitsberichts selber beziehen. Auf Grundlage dieser Analysen wurden eigene Hochrechnungen erstellt, die in Abschnitt 4.8 vorgestellt werden. Abschließend erfolgt die Darstellung der Prio-2-Ergebnisse.

Abschließend wird in Abschnitt 6 das Fazit der Arbeitsgruppe dargestellt.

Eine Zusammenfassung der zitierten Studien sowie des Tragfähigkeitsberichts findet sich in Anhang 7.2. In Anhang 7.1 werden wichtige Begriffserklärungen dargestellt. In Anhang 7.3 und 7.4 finden sich ergänzende Tabellen zu den Ergebnissen.

3 Einleitung

Der demografische Wandel verändert unsere Gesellschaft spürbar. Die niedrige Geburtenrate sowie eine erfreulicherweise steigende Lebenserwartung führen zwangsläufig zu einer signifikanten Verschiebung im Altersgefüge der Gesellschaft: So wird sich der Altenquotient³ bis 2060 auf ca. 60 erhöhen und damit im Vergleich zu heute fast verdoppeln. Die Veränderung der Altersstruktur wird unser Gemeinwesen in allen wichtigen Bereichen tangieren - vor allem aber wird die demografische Entwicklung zu einer deutlich steigenden finanziellen Belastung der Sozialsysteme führen.

Solide öffentliche Finanzen bilden die Grundlage unseres Gemeinwesens im Allgemeinen und unseres Sozialsystems im Besonderen. Sie sind die Grundvoraussetzung für die Handlungsfähigkeit des Staates und seiner Organe. Die Brisanz der Finanzierbarkeit der Sozialsysteme zeigt unter anderem die aktuelle öffentliche Debatte über die zukünftige Ausgestaltung des Rentensystems. Einerseits führt die steigende Lebenserwartung zu einer längeren Rentenauszahlungsphase, andererseits stehen der zunehmenden Zahl der Rentempfänger aufgrund der niedrigen Geburtenraten immer weniger aktive Beitragszahler gegenüber.

Ähnlich spannend wird sich die Entwicklung im Gesundheitssystem darstellen. Auch wenn sich die künftige Ausgaben- und Einnahmenentwicklung nicht ohne eine Reihe von Annahmen exakt prognostizieren lassen, so zeigen andere Szenariorechnungen, dass eine zunehmend alternde Bevölkerung insgesamt mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen wird, während auf der anderen Seite das zur Finanzierung dieser steigenden Gesundheitsausgaben zur Verfügung stehende (Arbeits- und Renten-)Einkommen deutlich geringer anwachsen wird. In Folge gehen die meisten Beobachter von mehr oder weniger deutlichen Steigerungen beim Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Insgesamt erscheint es daher nötig und sinnvoll, die langfristige Ausgabenentwicklung zu analysieren und zu beobachten. Hochrechnungen und Prognosen hierzu werden von verschiedenen Instituten durchgeführt. Das Bundesministerium für Finanzen veröffentlicht in regelmäßigen Abständen den sogenannten „Tragfähigkeitsbericht öffentlicher Finanzen“, in dem Hochrechnungen der zukünftigen Staatsausgaben erfolgen [1]. Weitere unterschiedliche Interessenvertretungen, Institute und Organisationen führen ähnliche Studien durch. Das gemeinsame Ziel ist das frühzeitige Aufzeigen von Finanzierungslücken und möglicher Gegensteuerungsmaßnahmen.

³ Anzahl der Personen im Rentenalter im Verhältnis zur Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter - vgl. 7.1.2

4 Ergebnisse der Priorität-1-Aktivität

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppe dargestellt. Einen ersten Teil nehmen die Analyse des Tragfähigkeitsberichts und der Vergleich mit anderen Studien ein. Die Zusammenfassung der hier zitierten Studien sowie des Tragfähigkeitsberichts selber befindet sich unter Anhang 7.2. Dabei werden insbesondere die Annahmen im Tragfähigkeitsbericht kritisch hinterfragt. Auf den Grundlagen der Analyse des Tragfähigkeitsberichts werden Annahmen für eigene Hochrechnungen getroffen, deren Ergebnisse hier vorgestellt werden.

4.1 Betrachtung der Ergebnisse der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes mit Blick auf die Verwendung der Annahmen im Tragfähigkeitsbericht

Der Tragfähigkeitsbericht verwendet im Bereich demografischer Annahmen zwei Varianten der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (relativ alte Bevölkerung und relativ junge Bevölkerung) als negative und positive Ausrichtung in den Modellrechnungen. Während die Annahmen zur Lebenserwartung und Geburtenrate durch langandauernde Trends belegt werden können und hierbei nur wenige Gedankenspiele möglich sind, die in sprunghafte Veränderungen münden, unterliegt die Bevölkerungsbewegung keinem solchen Trend. Vielmehr kann der Nettozuwanderung in den letzten 60 Jahren ein stark schwankendes Verhalten attestiert werden (siehe Abbildung 1). Dies ist nicht verwunderlich, da sowohl die Zu- als auch die Abwanderung, aber auch die Rückkehr von ins Ausland gezogenen Staatsbürgern stark durch die Weltpolitik (Konjunktur, politische Entscheidungen, Kriege, etc.) beeinflusst werden.

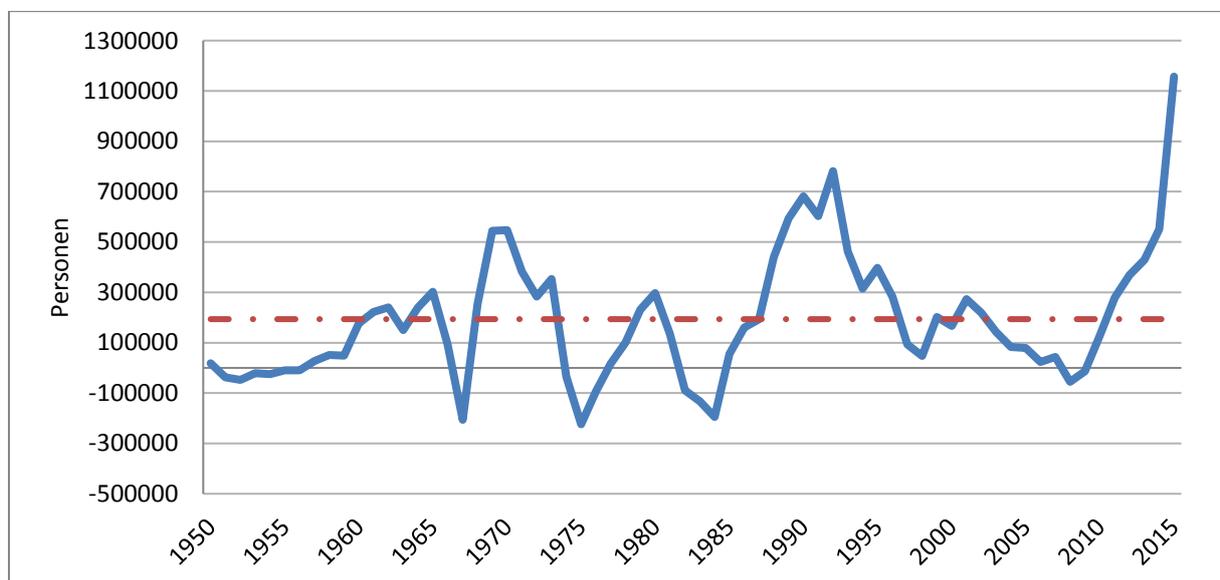


Abbildung 1: Nettozuwanderung in Deutschland zwischen 1950 bis 2015 (blau) und Mittelwert über den Zeitraum (rot) [8,9,20].

Als weiterer Beleg für die schwierige Vorhersagbarkeit kann das Jahr 2015 herangezogen werden. In der Bevölkerungsvorausberechnung wurde die Nettozuwanderung für das Jahr 2015 auf 500.000 Personen geschätzt. Allerdings lag der Wanderungsüberschuss mit 1,139 Mio. mehr als doppelt so hoch [8,20]. In Summe scheint damit besonders die konstante Fortschreibung der Nettozuwanderung ab 2021 nicht im vollen Maße die Wirklichkeit adäquat

abbilden zu können. Darüber hinaus sind die Prognoserechnungen aufgrund der großen Differenz zwischen Schätzung und wahrer Zuwanderung in 2015 bereits jetzt überholt. Allerdings ist noch offen, in wie weit die große Zahl der Flüchtlinge aus 2015 wirklich eine langfristige Aufenthaltserlaubnis in Deutschland erhält oder sich im Arbeitsmarkt etablieren kann. Insbesondere beim Wanderungssaldo scheinen jegliche Szenariorechnungen somit eine Schwachstelle aufzuweisen, die aber direkte Auswirkungen auf die Bevölkerungsstruktur und somit die demografische Veränderung hat.

4.2 Hochrechnung der Leistungsausgaben in der Krankenversicherung mithilfe des BIP im Tragfähigkeitsbericht

Wie oben beschrieben, wird im Tragfähigkeitsbericht die Annahme getroffen, dass die alters- und geschlechtsabhängigen Leistungsausgaben der Krankenversicherung prognostiziert auf das Jahr 2060 mit der Pro-Kopf-Entwicklung des BIP fortgeschrieben werden können [1,4]. Begründet wird dieses Vorgehen dadurch, dass so demografisch bedingte Änderungen der Ausgaben erfasst werden können. Andere Faktoren wie altersspezifische Morbidität bei steigender Lebenserwartung oder die Kostenentwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts werden zunächst nicht explizit berücksichtigt. Es ergeben sich in der Prognoserechnung Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 7,3% (T+) und 7,8% (T-) des BIP (siehe Abbildung 2).

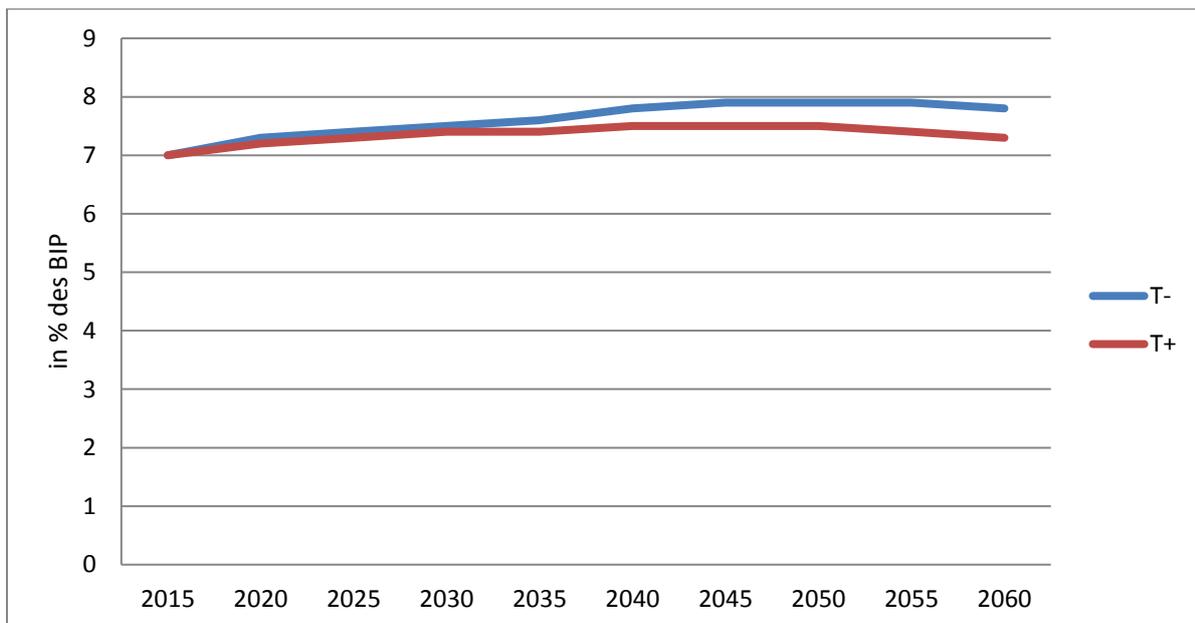


Abbildung 2: Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Zeitraum 2015 bis 2060 [4]

Eine Prüfung der BIP-Fortschreibungsannahme zeigt ein ambivalentes Bild. Insgesamt beträgt die Steigerungsrate des BIP in den Jahren 1991 bis 2015 etwa im Durchschnitt 2,7% pro Jahr. Die Entwicklungsrate der GKV-Leistungsausgaben liegt mit etwa 3,5% höher. Korrigiert man dies um die demografischen Effekte der Altersstruktur und des Wanderungssaldos in Höhe von 0,7%-Punkten, so ergibt sich annäherungsweise eine Bestätigung der Annahme (siehe Tabelle 1). Allerdings ist auch eine Differenz von „nur“ 0,1%-Punkten auf längere Sicht erheblich.

Tabelle 1: Übersicht der durchschnittlichen Steigerungsrate des BIP und der GKV-Ausgaben im Zeitraum von 1991 bis 2015

Zeitraum 1991 bis 2015		
	GKV-Leistungsausgaben	BIP-Steigerungsrate
Mittelwert	3,5 %	2,7%
Demografischer Effekt & Wanderungssaldo	-0,7 %	
Summe	2,8 %	2,7%

Außerdem zeigen auch einige Jahre (z. B. 2009), dass die Beziehung Gesundheitsausgaben zu BIP nicht uneingeschränkt gegeben ist (siehe Abbildung 3). Dabei schlagen sich vorwiegend Reformen im Gesundheitssystem in den GKV-Leistungen nieder, von denen unter Umständen das BIP unberührt bleibt. Insgesamt scheint damit eine Fortschreibung der Gesundheitshausgaben gemäß dem BIP für die Vergangenheit annäherungsweise passend, jedoch insgesamt moderat optimistisch.

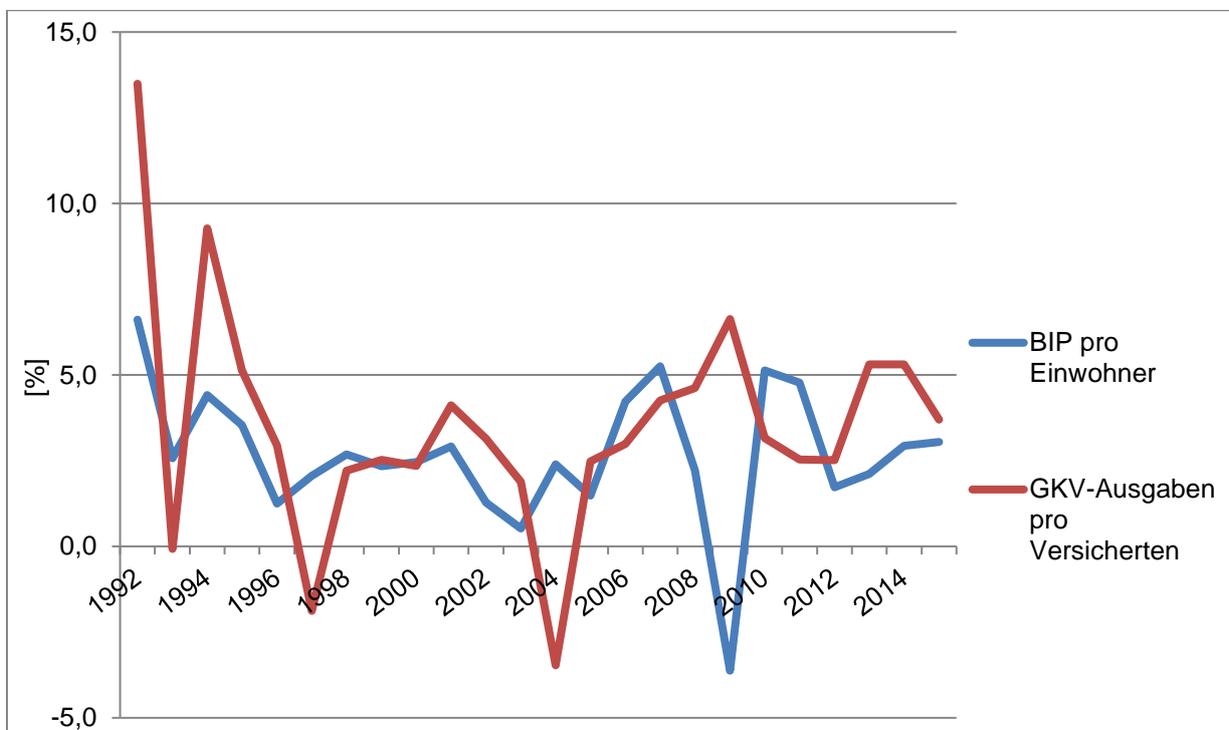


Abbildung 3: Entwicklung BIP und GKV-Leistungsausgaben 1991-2015 [10]

Zum Vergleich mit der GKV-Entwicklung wurden die Steigerungsraten der Kopfschäden eines PKV-Kollektives für einen Zeitraum von 1995 bis 2014 betrachtet (siehe Abbildung 4). Es wurden dabei mit dem aktuellen PPV-Bestand gebildete bestandsgewichtete Mittelwerte innerhalb eines Tarifs betrachtet. Verfälschungen durch Tarifwechsel oder Alterung ergeben sich daher nicht. Die Daten zeigen auf, dass in der Gruppe der Beihilfeberechtigten die Kopfschäden im Mittel um 2,4% und in der Gruppe der Nicht-Beihilfeberechtigten die Kopfschäden im Mittel um 2,6% gestiegen sind. Im gleichen Zeitraum lag die Steigerungsrate des BIP pro Einwohner im Schnitt bei 2,8% pro Jahr. Insgesamt bestätigt diese Auswertung ebenfalls die bereits beschriebene Einschätzung, dass die Fortschreibung der Gesundheitshausgaben gemäß dem BIP approximativ verwendet werden kann.

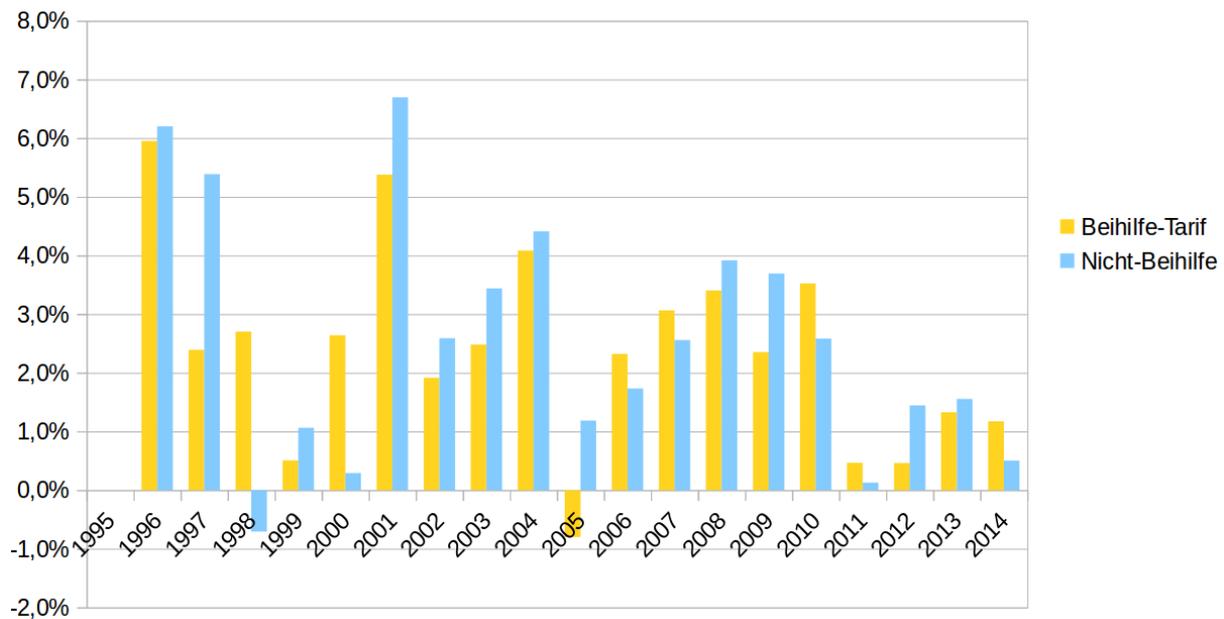


Abbildung 4: Jährliche Steigerung von PKV-Kopfschäden von 1995 bis 2014, gewichtet mit einem konstanten Modellbestand (eigene Auswertungen).

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass für die Vergangenheit die altersbereinigten Gesundheitsausgaben pro Kopf eine ähnliche Steigerungsrate wie das BIP aufwiesen. Die Projektion anhand dieser Erkenntnis schätzt eine mäßige Steigerung der Gesundheitsausgaben. Rechnet man allerdings alternative Szenarien (siehe Fifo-Bericht Prof. Werding [4]), die demografische und/oder Faktoren des medizinisch-technischen Fortschritts beinhalten, zeigen die Modellrechnungen bis 2060 große Unsicherheiten auf. In diesem Fall nimmt die Spreizung des Prognosekorridors aus Abbildung 2 deutlich zu.

Weiter ist nicht wahrscheinlich, dass auch zukünftig eine ähnlich hohe BIP-Entwicklung wie in der Vergangenheit erzielt werden kann. Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft, dem relativ nahen Renteneintritt der Baby-Boomer und damit einhergehend dem zunehmenden Fachkräftemangel, der auch heute bereits in einigen Wirtschaftszweigen zu beobachten ist, bleiben Zweifel, dass die Produktivitätsentwicklung der letzten Jahre aufrechterhalten werden kann. Unter diesem Gesichtspunkt scheint eine Koppelung von Gesundheitsausgaben und BIP optimistisch.

4.3 Hochrechnung der Leistungsausgaben in der Pflegeversicherung im Tragfähigkeitsbericht anhand der Lohnentwicklung

Die Pflegeversicherung ist ein recht junger Zweig der Sozialversicherung, der erst 1995 eingeführt wurde. Seitdem gab es viele strukturverändernde Reformen. Meist wurde mit diesen auch eine Leistungsausweitung durchgeführt, zuletzt mit dem aktuellen Pflegestärkungsgesetz. Aus diesem Grund ist es schwer aus historischen Daten abzuleiten, wie sich die Pro-Kopf-Leistung der Pflege Demografie-bereinigt entwickelt hat.

Festgehalten werden kann aber, dass Pflege ein personalintensives Feld ist, so dass die Pflegekosten sehr stark von den Lohnkosten im Pflegesektor abhängen. Somit scheint insgesamt die Annahme des Tragfähigkeitsberichts plausibel, dass die Entwicklung der Pflegekosten an die Wachstumsrate der Löhne gekoppelt ist.

4.4 Vergleich zwischen Tragfähigkeitsbericht und zwei Studien der Stiftung Marktwirtschaft

Bei dem Vergleich des Tragfähigkeitsberichts [1,4] mit den beiden Studien der Stiftung Marktwirtschaft [2,3] fallen insbesondere Unterschiede bei den Annahmen für die Prognoserechnungen auf. Beide Studien verwenden bei den Variablen zur Demografie die Annahmen der 13. Bevölkerungsvorausberechnung [5]. Die Studien verwenden allerdings bei der Berechnung des Altenquotienten unterschiedliche Altersbereiche in der Gruppe der Erwerbstätigen. Während im Tragfähigkeitsbericht der Bereich der arbeitsfähigen Alter mit 15 Jahren beginnt, verwendet die Stiftung Marktwirtschaft einen sachgerechten Bereich ab 20 Jahren. So schätzt der Tragfähigkeitsbericht auf der einen Seite einen Altersquotienten zwischen 53,7 und 64,1, die Stiftung Marktwirtschaft hingegen einen Altersquotienten zwischen 60 und 73 (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Gegenüberstellung der Altenquotient-Schätzungen des Tragfähigkeitsberichts und der Studien der Stiftung Marktwirtschaft [1,2,3,4]

	T-	T+
TFB	53,7	64,1
Stiftung Marktwirtschaft	60	73

Bei der Hochrechnung der BIP-Entwicklung verwendet die Stiftung Marktwirtschaft die Annahmen des Ageing Reports der Europäischen Kommission [12]. Diese unterstellt dem BIP eine größtenteils schlechtere Entwicklung als die Annahme, die in der pessimistischen Variante des Tagfähigkeitsberichts verwendet wurde (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Prognoserechnungen zum gesamtwirtschaftlichen jährlichen Wachstum im Tragfähigkeitsbericht und der Stiftung Marktwirtschaft [1,4,12]

In % des BIP	2013-2020	2021-2030	2031-2040	2041-2050	2051-2060	2013-2060
Ageing Report	1,2	0,9	0,8	1,0	0,9	1,0
TFB						
T-	1,6	1,1	0,9	0,9	0,7	1,0
T+	1,6	1,8	1,5	1,6	1,5	1,6

Bei der Hochrechnung des Ausgabenlevels der gesetzlichen Rentenversicherung kommen beide Prognosen zu ähnlichen Ergebnissen. So schätzt die Stiftung Marktwirtschaft eine Zunahme der Rentenausgaben bis 2060 um 2,7%-Punkte des BIP. Auf der anderen Seite prognostiziert das Modell des Tragfähigkeitsberichts einen Gesamtanstieg zwischen 2,4%-Punkte bis 3,5%-Punkte des BIP.

Der Ausgabenanstieg für die Kranken- und Pflegeversicherung wird von der Stiftung Marktwirtschaft nicht getrennt ausgegeben. Insgesamt schätzt diese Studie die Steigerung der öffentlichen Ausgaben für Renten, Gesundheit und Pflege bis 2060 um 7,5%-Punkte auf 26,6%-Punkte des BIP. Zieht man davon die prognostizierte Steigerung der Rentenausgaben ab, verbleibt eine Steigerung der Kranken- und Pflegekosten um 4,8%-Punkte bis 2060. Im Tragfähigkeitsbericht wird hingegen für die gesetzliche Krankenversicherung eine Ausgabensteigerung zwischen 0,3%-Punkten bis 0,8%-Punkten des BIP und für die soziale Pflegeversicherung zwischen 0,8%-Punkten und 1,5%-Punkten des BIP bis zum Jahr 2060 errechnet. Somit fällt die Prognose der Stiftung Marktwirtschaft hier deutlich pessimistischer aus.

Schlussendlich muss auch die Motivation der Studien in den Fokus gerückt werden. Während der Tragfähigkeitsbericht in einem regelmäßigen Turnus erscheint und von politischer Seite in Auftrag gegeben und gefördert wird, versteht sich die Stiftung Marktwirtschaft eher als ein kritischer „Hinterfrager“ der politischen Handlungen. Dies mag eine Erklärung für die unterschiedlichen Ergebnisse der Prognosen sein, insbesondere unter dem Aspekt, dass generell die Ergebnisse sämtlicher Prognosemodelle sehr stark von den Annahmen beeinflusst werden. Schwer zu beurteilen bleibt dabei, welche Prognosemodellrechnungen besser oder schlechter sind, wobei sich der Verdacht erhärtet, dass insgesamt der Tragfähigkeitsbericht eher optimistischere Hochrechnungen liefert. Vielmehr aber, und dies sollte in den Blickpunkt gerückt werden, zeigen beide Modelle auf, dass sowohl eine Alterung der Gesellschaft eintreten wird als auch dass die Kosten im Sozialsystem zukünftig steigen werden.

4.5 Vergleich zwischen der WIP-Studie („Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung“) und dem Tragfähigkeitsbericht

Beim Vergleich zwischen Tragfähigkeitsbericht [1,4] und WIP-Studie [15] fällt insbesondere der unterschiedliche Aktualitätsgrad der Studien auf. Während der Tragfähigkeitsbericht auf die aktuellste Bevölkerungsvorausberechnung aus 2013 zurückgreifen konnte [5], wurde für die Prognose in der WIP-Studie die 11. Bevölkerungsvorausberechnung aus dem Jahr 2006 verwendet [19]. Weiter endet die Prognoserechnung der WIP-Studie bereits 2050, während der Tragfähigkeitsbericht eine Prognose bis 2060 erstellt. Als ein wichtiger Unterschied bezüglich der Datengrundlagen muss der Gesundheitsfonds hervorgehoben werden. So war bei der Durchführung der WIP-Studie lediglich das Gesetz zur Einführung des Gesundheitsfonds verabschiedet und die tatsächlichen Auswirkungen konnten nur geschätzt werden. Auf der anderen Seite konnte dieser umfassende politische Eingriff in der Modellrechnung im Tragfähigkeitsbericht berücksichtigt werden. Für den Zeitraum von 2007 bis 2009 wurde in der WIP-Studie bereits eine Steigerung des GKV-Beitragssatzes auf 15,0% bis 15,8% geschätzt. Auf dieser Grundlage wurde die Hochrechnung bis 2050 vorgenommen. Aus heutiger Sicht wissen wir, dass diese Verteuerung nicht eingetreten und die Prognoserechnung somit bereits mit pessimistischeren Annahmen gestartet ist, was zum Teil den Unterschied zum Tragfähigkeitsbericht erklären mag.

Während im Tragfähigkeitsbericht die Ausgaben im Gesundheitssystem mit dem BIP pro Kopf fortgeschrieben werden, wurde in der WIP-Studie eine konstante Kostensteigerung von 1,6% pro Jahr angesetzt. Da die Entwicklung des BIP ab 2020 zwischen 1,3 bis 1,4% geschätzt wird, scheint diese Annahme wesentlich optimistischer als in der WIP-Studie. Auf der anderen Seite werden in beiden Studien vor allem höhere Sozialeinnahmen prognostiziert. Im Tragfähigkeitsbericht werden diese indirekt über ein steigendes BIP berücksichtigt, in der WIP-Studie wird ein Wirtschaftswachstum bereits im Modell eingerechnet. Beide Modelle gehen somit von einer optimistischen Entwicklung der Wirtschaft als feste Säule ihrer Modelle aus.

Die Annahmen der demografischen Entwicklung sind bei beiden Studien ähnlich. Die Lebenserwartung bezogen auf das Jahr 2050 sind in beiden Studien nahezu gleich, lediglich die Geburtenziffer und der Wanderungssaldo sind im Tragfähigkeitsbericht in der T+-Variante etwas höher angesetzt und tragen dabei eher der aktuellen Entwicklung mit steigender Geburtenrate und starker Zuwanderung Rechnung.

Vergleicht man die Ergebnisse beider Studien, fällt insbesondere auf, dass im Tragfähigkeitsbericht je nach Szenario eine deutlich geringere Steigerung der

Gesundheitsausgaben prognostiziert wird (zwischen 4,3% bis 11,4% vom BIP), während in der WIP-Studie eine Steigerung über 60% der Gesundheitsausgaben erwartet wird. Insgesamt zeichnen die Ergebnisse des Tragfähigkeitsberichts im Vergleich zur WIP-Studie ein optimistisches Zukunftsbild, wobei festgehalten werden kann, dass das Modell der WIP-Studie ausgefeilter wirkt und trotz älterer Daten die Auswirkungen der Demografie ausführlicher beleuchtet. Insgesamt sind die Herangehensweisen der beiden Prognoserechnungen sehr unterschiedlich, so dass eine Zusammenführung der beiden Modelle für eigene Prognoserechnungen als schwierig erachtet wird.

Auch hier soll auf die Motivation der Studien eingegangen werden. Wie bereits beschrieben, ist der Tragfähigkeitsbericht vor allem politisch motiviert, während die WIP-Studie vom PKV-Verband veröffentlicht wurde, der naturgemäß die möglichen Schwachpunkte des Umlageverfahrens vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung herausstellen möchte. Somit stoßen hier unterschiedliche Interessen aufeinander: Der Tragfähigkeitsbericht soll aufzeigen, dass es nicht zu düster um die öffentlichen Finanzen bestellt ist, während die WIP-Studie die langfristige Finanzierbarkeit der GKV infrage stellt. Insgesamt lässt sich auch hier nicht feststellen, welche Prognoserechnung „besser“ ist. Es lässt sich allerdings festhalten, dass die nicht mehr ganz aktuelle WIP-Studie einige interessante Ansatzpunkte liefert, die nicht in die Modellrechnungen des Tragfähigkeitsberichts eingegangen sind, wie zum Beispiel die Kostenentwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts oder der Änderung der altersspezifischen Morbidität. Vermutlich liegt auch hier die Wahrheit irgendwo zwischen diesen beiden Modellrechnungen.

4.6 Entwicklung des BIP, der GKV-Leistungsausgaben und der GKV-beitragspflichtigen Einkommen im Vergleich

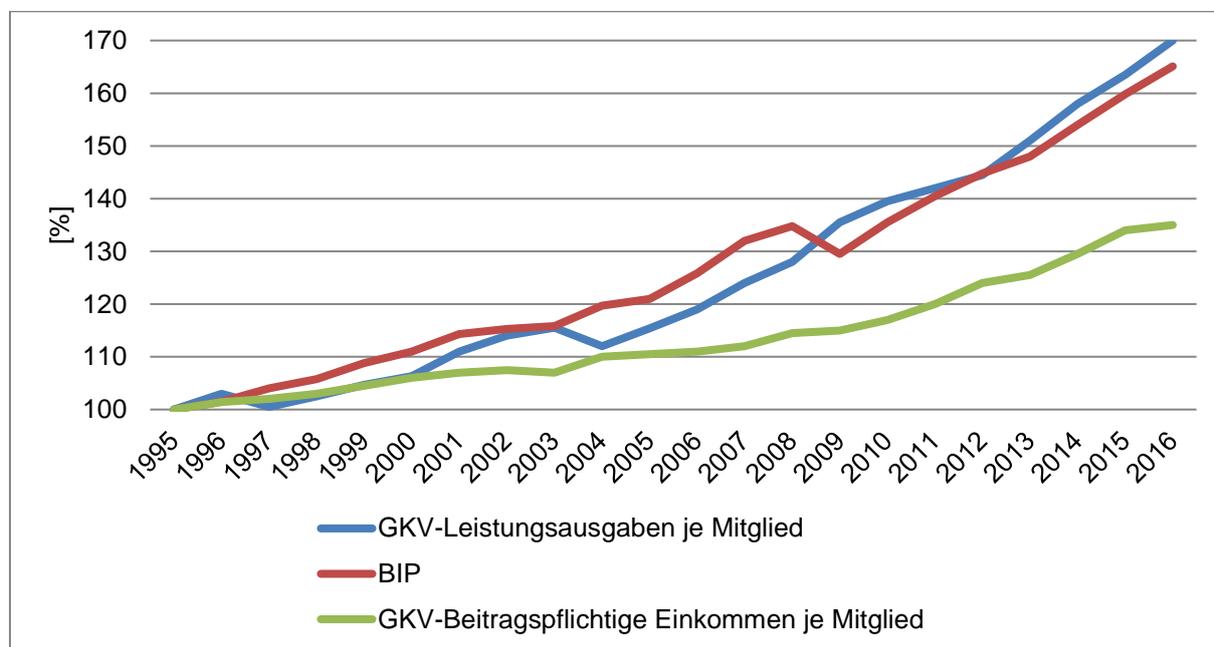


Abbildung 5: Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigem Einkommen der Jahre 1995 – 2016. Normiert auf 100 % im Jahr 1995 [25].

Seit Mitte der 1990er-Jahre bis 2016 zeigt sich prozentual gesehen eine unterschiedlich starke Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen (35%) im Vergleich zum BIP (65 %) [25]. In der gleichen Zeit stiegen auch die Leistungsausgaben der GKV (70%) stärker als die beitragspflichtigen Einkommen und sogar stärker als das BIP (siehe Abbildung 5). Die

Konsequenz, die man daraus ableiten kann, ist, dass eine Lohnfortschreibung anhand des BIPs eine vereinfachte Annahme darstellt. Vielmehr ist zu vermuten, dass sich die wachsende Kluft zwischen BIP und Lohnentwicklung auch zukünftig fortsetzen wird. Weiter ist wahrscheinlich, dass sich auch zukünftig der Abstand zwischen den Beitragseinnahmen der GKV, die sich über die Löhne oder Renten generieren, und den Ausgaben im Gesundheitssystem vergrößern wird. Dies hat zur Folge, dass die wachsenden GKV-Leistungsausgaben durch andere Einnahmequellen refinanziert werden müssen oder es zu weiteren Leistungskürzungen kommen muss. Allerdings zeigen diese Daten auch, dass es in dem betrachteten Zeitraum zu keinen – zumindest im Vergleich zum BIP – überproportionalen Steigerungsraten bei den Leistungsausgaben gekommen ist.

4.7 Ausgabenanteile im Gesundheitssystem

Anhand retrospektiver Daten sollte der Frage nachgegangen werden, ob eventuelle Kostensteigerungen im Gesundheitssystem durch eine vermehrte private Übernahme der Rechnungen abgeschwächt wurden. Weiter sollte untersucht werden, ob ein diesbezüglicher möglicher Effekt in den Prognosemodellen berücksichtigt werden sollte.

Für die Jahre 1992 bis 2015 wurden die Gesundheitsausgaben der verschiedenen Kostenträger im Gesundheitssystem untersucht. Hierfür wurden Daten des Statistischen Bundesamtes über die Gesundheitsausgaben in Deutschland herangezogen [13]. Es zeigten sich entgegen der Erwartung und öffentlichen Wahrnehmung nur geringe Änderungen der Anteile an der Kostenübernahme durch die Gesetzliche und Private Krankenversicherung sowie der übrigen Träger (siehe Abbildung 6).

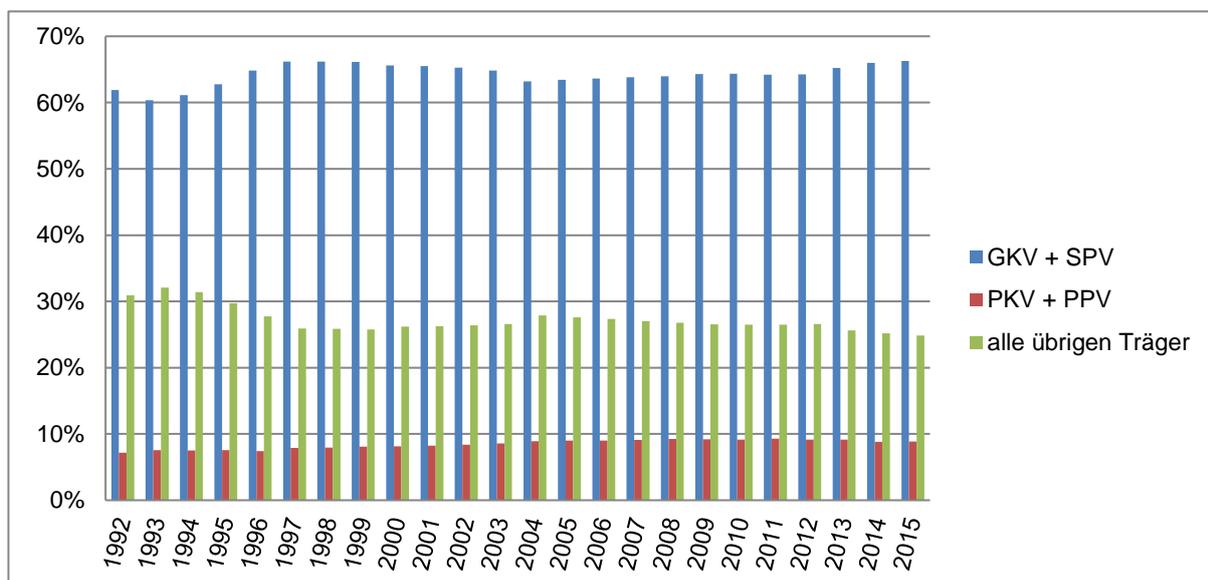


Abbildung 6: Anteil der Kostenträger an den Gesamtausgaben des Gesundheitssystems von 1992 bis 2015 [13]

Schlüsselt man die übrigen Träger weiter auf, ist zu erkennen, dass der Anteil der öffentlichen Haushalte an den Gesamtausgaben von 1992 bis 2005 abgenommen hat, während der Anteil der privaten Haushalte in diesem Zeitraum gestiegen ist. Ab 2005 blieben die Anteile der übrigen Träger an den Gesamtausgaben relativ stabil. Insbesondere zeigt sich für die Vergangenheit, dass die Selbstzahlung keiner anderen Steigerungsrate unterliegt als die Gesundheitsausgaben der Krankenversicherung (siehe Abbildung 7)).

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass mögliche Effekte der privaten Kostenübernahme nicht berücksichtigt werden müssen.

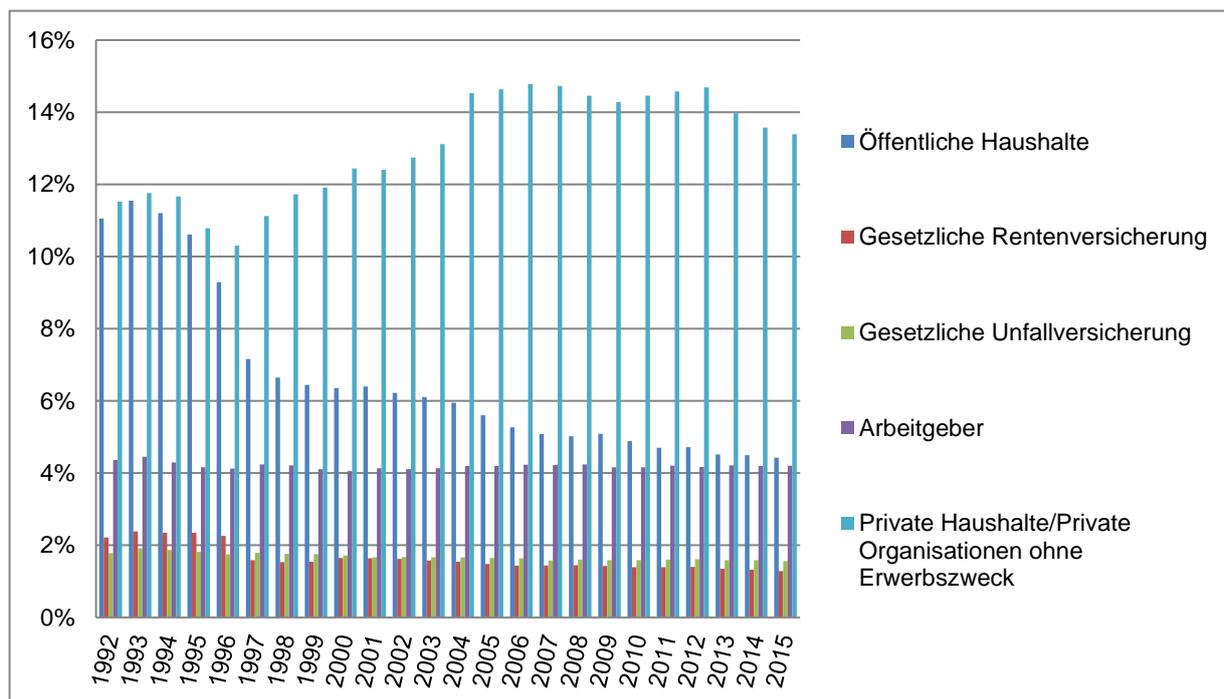


Abbildung 7: Aufschlüsselung der übrigen Träger an den Gesamtausgaben von 1992 bis 2015 [13]

4.8 Eigene Szenariorechnungen

Nach der Analyse und Bewertung der durch Dritte publizierten Modellrechnungen sowie insbesondere deren verwendeter Annahmen, wurden ausgehend von diesen Erkenntnissen eigene Szenariorechnungen für die Beitragsentwicklung in der GKV und PKV durchgeführt. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

4.8.1 Szenariorechnungen zum Beitragssatz der GKV und SPV

In Anlehnung an die Szenariorechnungen des Vierten Tragfähigkeitsberichtes des BMF soll der Beitragssatz der GKV und der SPV bis zum Jahre 2060 fortgeschrieben werden. Die Zahlen zu den Szenariorechnungen finden sich im Anhang in Abschnitt 7.3. Alle Berechnungen wurden dabei mit einem eigens entwickelten Modell mit dem Programm MS Excel (Microsoft Corporation, Redmond, USA) durchgeführt.

4.8.1.1 Bevölkerungsprojektion

Im Mittelpunkt steht dabei der demographische Wandel, also die Veränderungen der Altersschichtung in der deutschen Bevölkerung. Als methodischer Orientierungspunkt diente die 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2015), welche in verschiedenen Szenarien die Bevölkerung bis zum Jahr 2060 simuliert [5].

Für die hier vorgestellten Szenariorechnungen wird eine eigene Simulation der Bevölkerung durchgeführt, die die jeweilige Personenzahl alters- und geschlechtsspezifisch über den Simulationszeitraum ermittelt. Die Annahmen, die den Bevölkerungsszenarien zugrunde liegen, sind weitgehend äquivalent zu denen des statistischen Bundesamtes, berücksichtigen

aber teilweise aktuellere Erkenntnisse, zusätzliche Effekte und fußen auf einer anderen Ausgangsbevölkerung.

Hier werden zur Bestimmung der Bevölkerung im Ausgangsjahr 2015 die Versichertenzahlen der GKV und PPV zusammengeführt. Die altersspezifische Mitgliederstatistik der GKV wird den Meldungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) zum Risikostrukturausgleich (RSA) entnommen [27]. Die dort gelisteten Personentage werden für jedes Alter größer Null durch 365 geteilt. Bei den Nulljährigen wird durch 365/2 geteilt, weil eine Gleichverteilung der Geburtstermine über das Kalenderjahr unterstellt wird. In der Mitteilung des BVA fehlt die LKK, welche nicht am RSA teilnimmt. Deren Mitglieder werden aus der Statistik KM6 des BMG ergänzt [28].

Zwei Szenarien der Bevölkerungsvorausberechnung sind im Tragfähigkeitsbericht näher betrachtet worden, weil sie unter den Varianten der 13. Bevölkerungsvorausberechnung dem aus Sicht der Öffentlichen Haushalte günstigsten bzw. schlechtesten Fall entsprechen. Die Szenarien des Statistischen Bundesamtes wurden in der vorliegenden Studie nur hinsichtlich der Annahmen zum Migrationssaldo bis 2016 aktualisiert (siehe auch Tabelle 4) [5]:

- Relativ junge Bevölkerung, im Tragfähigkeitsbericht Teil des Szenarios T+: Die Geburtenziffer wird in diesem Szenario auf den Wert 1,6 (von derzeit 1,4) angehoben; der jährliche Wanderungssaldo wird beginnend im Jahr 2017 von 500.000 Personen auf langfristig 200.000 im Jahr 2023 gesenkt und dann auf diesem Niveau beibehalten; und die Lebenserwartung steigt moderat von heute 83,1/78,2 Jahre (w/m) auf 88,7/84,8.
- Relativ alte Bevölkerung, im Tragfähigkeitsbericht Teil des Szenarios T-: Die Geburtenziffer verbleibt in diesem Szenario bei konstant 1,4; der Wanderungssaldo sinkt von 500.000 beginnend in 2017 auf 100.000 in 2023; und die Lebenserwartung erhöht sich bis auf 90,3/86,8 Jahre (w/m).
- Um der aktuellen Diskussion über höhere Migrationssalden zu folgen, wurde neben dem Szenario T+ auch ein Szenario T+ mit Wanderungssaldo 300.000 Personen in der langfristigen Fortschreibung betrachtet.

Tabelle 4: Basisannahmen für die Modellrechnungen

		T+	T-	T+, W3
Geburtenziffer		1,6	1,4	1,6
Wanderungssaldo	2017	500.000	500.000	500.000
	ab 2023	200.000	100.000	300.000
Lebenserwartung (w/m)	2017	83,1/78,2	83,1/78,2	83,1/78,2
	2060	88,7/84,8	90,3/86,8	88,7/84,8

4.8.1.2 GKV-Bestandsprojektion

Die Bevölkerungsentwicklung beeinflusst direkt auch die Zusammensetzung der GKV. Die Versicherten in der GKV werden als konstante Quoten an den jeweiligen Alters- und Geschlechtsstufen ermittelt. Die altersspezifischen GKV-Quoten selbst sind aus der Anfangsbevölkerung im Jahr 2015 abgeleitet. Ebenfalls durch alters- und geschlechtsspezifische Quoten werden die gesetzlich Versicherten aufgeteilt in Mitglieder, Rentner und beitragsfrei Mitversicherte. Eine Ausdünnung der Altersstufen Kinder/Jugendliche führt dann zu entsprechenden Entlastungen auf der Ausgabenseite der GKV. Zeitverzögert stehen später weniger Beitragszahler bereit.

Für die SPV wird der gleiche Bestand wie für die GKV unterstellt.

4.8.1.3 Demographischer Effekt für die mittleren Leistungsausgaben

Die Bestimmung eines Beitragssatzes erfordert neben einer Betrachtung der demographischen Entwicklung auch Annahmen zur Fortschreibung von medizinischer Inflation und Lohnentwicklung. Um diese Effekte auszuklammern wird hier die Entwicklung der mittleren Leistungsausgaben entnommen aus dem RSA für GKV und SPV betrachtet. Darin schlägt sich allein die demographische Alterung des Versicherungsbestands nieder (siehe Abbildung 8).

Es ist gut zu erkennen, dass die rein demografischen Entwicklungen für die GKV nur wenig zu einem Anstieg der durchschnittlichen Kosten beitragen und die Pro-Kopf-Leistungsausgaben in einem Zeitraum von 45 Jahren nur um 28% bis 36% (je nach Szenario) ansteigen. Deutlichere Auswirkungen sind in der Sozialen Pflegeversicherung zu erkennen, wo die demografische Alterung zu einem Anstieg der durchschnittlichen Leistungsausgaben von 101% bis 146% führen wird. Dabei liegt der Leistungsstand vor dem Pflegestärkungsgesetz II zu Grunde.

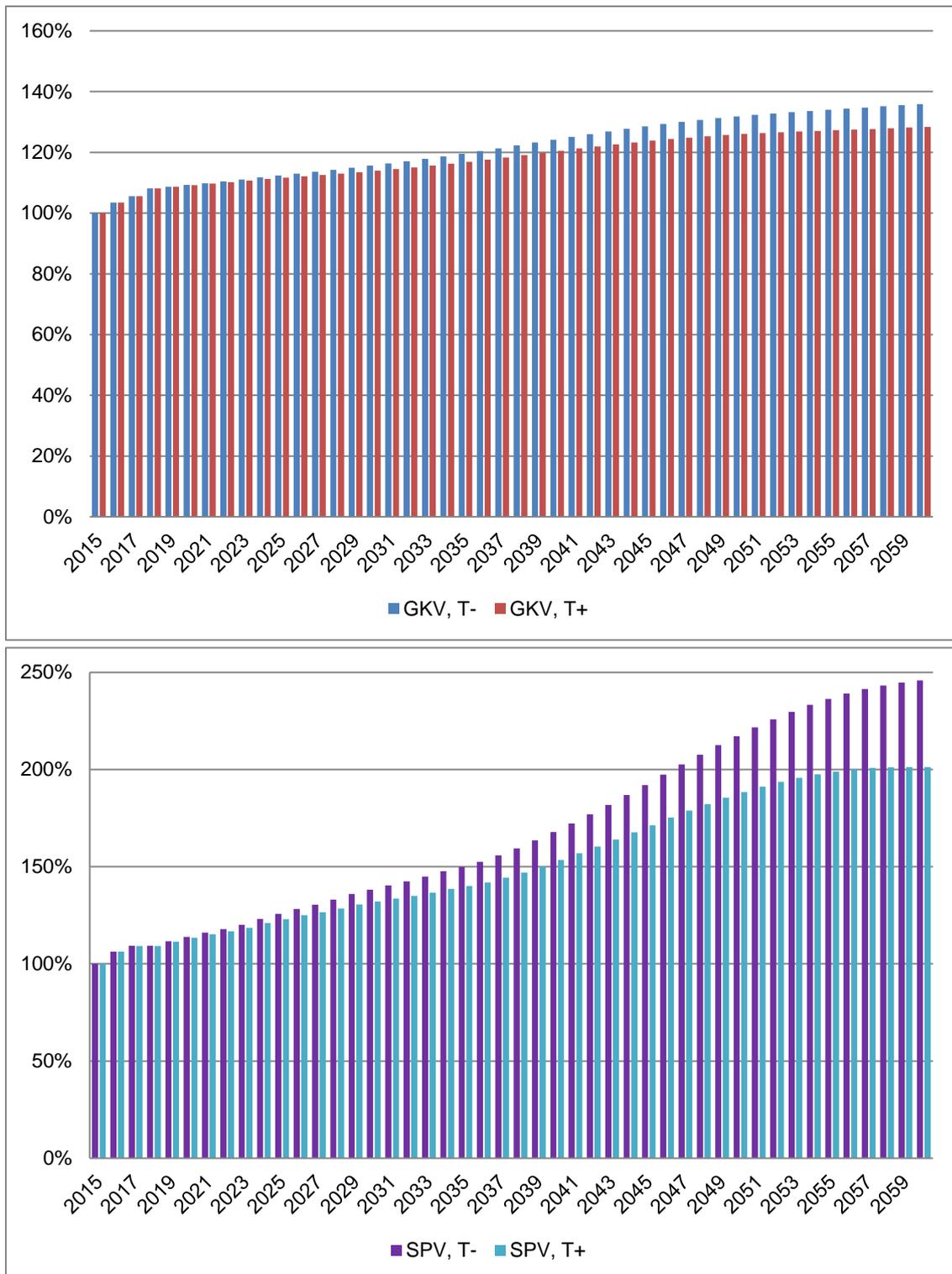


Abbildung 8: Demografisch bedingter Anstieg der Pro-Kopf-Leistungsausgaben (indiziert) getrennt nach GKV (oben) und SPV (unten)

4.8.1.4 Neoklassisches Modell für das Wachstum

Die Bevölkerungszusammensetzung beeinflusst nicht nur die Ausgaben der Sozialversicherung, sondern auch die Zahl der verfügbaren Arbeitskräfte. Dazu werden aktuelle alters- und geschlechtsspezifische Erwerbsquoten auch für die Zukunft als gültig

angesetzt. Dies blendet den Trend zu einer höheren Erwerbsbeteiligung von Älteren und von Frauen aus, die beide in der Tendenz entlastend auf den Beitragssatz der GKV wirken können.

Die Zahl der Erwerbstätigen wiederum ist eine der Input-Größen des neoklassischen Wirtschaftsmodells (Solow-Modell), welches dazu dient, die wirtschaftliche Entwicklung über den Simulationszeitraum fortzuschreiben. Die Parametrisierung des Modells folgt der in Werding ([4], S. 20) beschriebenen Form. Dort findet sich auch eine Beschreibung des Modells.

Im Wesentlichen wirken drei Einflüsse auf das Wachstum ein:

1. Das Arbeitskräfteangebot: Dies wird hier direkt aus der Bevölkerungsentwicklung abgeleitet.
2. Das verfügbare Kapital: Hier wird im Modell eine gleichbleibende Sparquote von 20,5% unterstellt. Diese Annahme kann bei einer alternden Gesellschaft hinterfragt werden. Wenn die Zahl der Älteren steigt, wäre es denkbar, dass diese beginnen, ihre Ersparnisse aufzulösen. Im Modell würde dies wachstumshemmend wirken. Szenarioanalysen haben jedoch gezeigt, dass dieses gehemmte Wachstum sowohl auf der Einnahmenseite (Lohnentwicklung) als auch auf der Ausgabenseite (Kopfschadensteigerung) wirkt und sich kaum merklich in den Szenariorechnungen für die Beitragssätze niederschlägt.
3. Die Faktorproduktivität: Diese zusätzliche Wachstumssteigerung wird als Gegenstück zum Technischen Fortschritt ins Modell eingeführt. Aus Vergangenheitsdaten konnten Werte um ca. 1% geschätzt werden. In den Szenarien T+ und T- wird diese um +/- 0,125% variiert [26].

In den Simulationen für die Beitragssätze von GKV und SPV zeigt sich, dass die Ergebnisse nur schwach sensitiv auf die exakte Parametrisierung des neoklassischen Modells reagieren. Dies ist begründet in der Tatsache, dass ein hohes/niedriges Wachstum sowohl auf der Einnahmenseite durch höhere/niedrigere Löhne als auch auf der Ausgabenseite durch höhere/niedrigere Kopfschäden wirkt.

Aus dem neoklassischen Modell werden jährliche Wachstumsraten für das BIP pro Einwohner und das BIP pro Erwerbstätigen entnommen. Das Solow-Modell schreibt das inflationsbereinigte BIP fort. Zur Inflationsentwicklung werden hier keine weiteren Annahmen benötigt. Da die Inflation für GKV und PKV sowohl die Steigerung der Löhne als auch die Steigerung der Leistungsausgaben verursacht, bleibt die Bestimmung der Beitragssätze unbeeinflusst.

Die Einnahmen der GKV werden aus der Grundlohnsumme und der Rentensumme bestritten. Ausgehend von Durchschnittswerten für Löhne und Renten werden die zukünftigen Lohn- und Rentensummen ermittelt, indem der durchschnittliche Lohn und die durchschnittliche Rente mit dem Wachstum des BIP pro Erwerbstätigen fortgeschrieben und diese Durchschnittswerte mit der Zahl der Mitglieder und Rentner multipliziert werden. Bei der Rente wird der Nachhaltigkeitsfaktor berücksichtigt, der für ein gedämpftes Wachstum der Renten sorgt.

Der Beitragssatz ergibt sich nun als Verhältnis der Leistungsausgaben zur Summe aus Löhnen und Renten. Hierbei wird zudem der Zuschuss aus Steuermitteln mit dem BIP-Wachstum fortgeschrieben. Der Beitragssatz enthält damit den gesetzlich fixierten Teil von 14,6%, den sich nach heutiger Rechtslage Arbeitgeber und Arbeitnehmer paritätisch teilen, und den kassenindividuellen Zusatzbeitrag (hier angesetzt der Durchschnittswert aller Zusatzbeiträge),

der nach heutiger Rechtslage in Zukunft steigen müsste, um die steigenden Leistungsausgaben bei einer sinkenden Zahl von Mitgliedern finanzieren zu können. Eventuelle Rücklagen der Kassen oder des Gesundheitsfonds sind nicht berücksichtigt, würden aber nur zur einmaligen Milderung des Beitragssatzes führen.

4.8.1.5 GKV-Kopfschäden

Aus den Daten des Morbi-RSA lässt sich die Höhe der alters- und geschlechtsspezifischen Leistungsausgaben abschätzen [27]. Dabei werden die Kopfschäden von Jahr zu Jahr im selben Maß erhöht wie das BIP pro Einwohner steigt.

4.8.1.6 SPV-Kopfschäden

Aus den Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit werden die Zahlen der Leistungsempfänger in den einzelnen Pflegestufen für 2015 ermittelt und ins Verhältnis zu den Versicherten der Altersstufe gesetzt [29,30]. Über die Leistungshöhen (Höchstbeträge ambulanter Pflegedienst bzw. Teilstationäre Pflege) wird dann ein alters- und geschlechtsspezifisches Kopfschadenprofil für die SPV ermittelt. Die Kopfschäden werden mit den Steigerungen des BIP pro Arbeitnehmer von Jahr zu Jahr fortgeschrieben, um einen Kostenanstieg im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätssteigerung nachzubilden.

4.8.1.7 Beitragssatzentwicklung in GKV und SPV

Mit der dargestellten Methodik zeigt sich in den Bevölkerungs- und Wirtschaftsszenarien T+ und T- eine Beitragssatzdynamik, die in Abbildung 9 indiziert dargestellt ist.

Die erwartbar geringeren Auswirkungen der demografischen Alterung führen im Zusammenspiel mit dem vom Pro-Kopf-BIP getriebenen Kostenanstieg zu einem moderaten Anstieg der Beitragssätze in der GKV (Anstieg um 5,4% bis 2060 in T+, um 9,5% in T-).

Durch die weit größere Bedeutung der demografischen Alterung für die Leistungsausgaben der SPV und die hier unterstellte stärkere Steigung der Kopfschäden (mit dem Produktivitätsanstieg) wächst der Beitragssatz der SPV bis zum Jahr 2060 selbst im optimistischeren T+-Szenario um mehr als 114% an. Im pessimistischeren T- -Szenario beläuft sich der Anstieg sogar auf 264%.

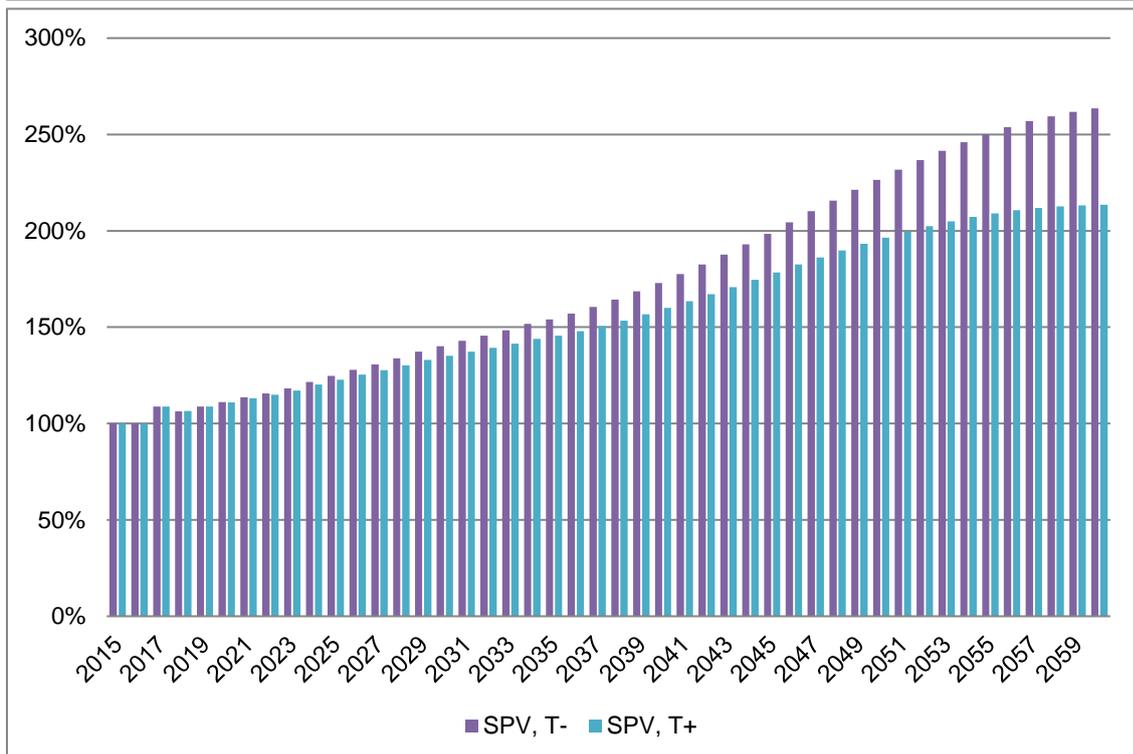
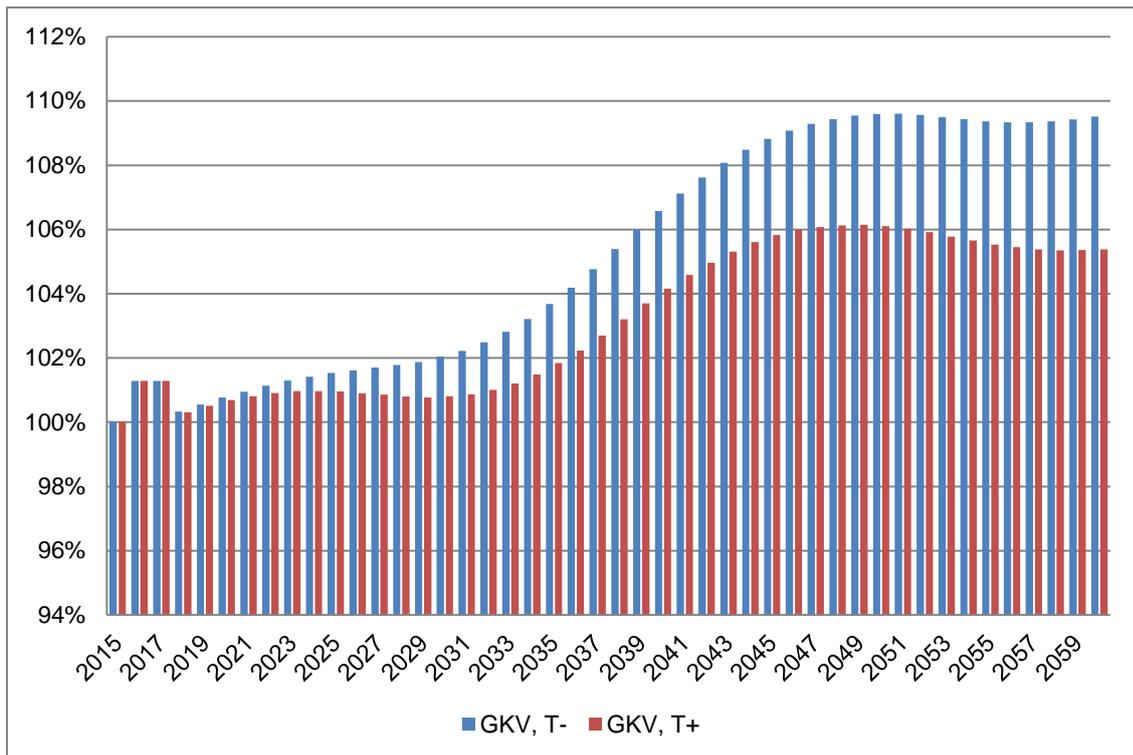


Abbildung 9: Beitragsatzentwicklung (indiziert auf 2015: 100%) getrennt nach GKV (oben) und SPV (unten)

4.8.1.8 Beitragssatz der GKV

Es wurden für die GKV weitere Szenariorechnungen durchgeführt, um die Sensitivität der GKV-Beitragsentwicklung hinsichtlich anderer Rahmenbedingungen zu überprüfen (siehe Abbildung 10).

- Neben den Szenarien T+ und T- wurde mit T+, W3 ein Szenario gerechnet, in dem die jährliche Nettozuwanderung bei 300.000 Personen bis 2060 liegt. Das Alters- und Geschlechtsprofil der Zuwanderung wurde aus der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes abgeleitet. Die Zuwanderer werden in der GKV vollständig dem GKV-Kollektiv zugeordnet, erst die Kinder der Zuwanderer verteilen sich analog der GKV-Quote. Es wurden keine abweichenden Erwerbsquoten für die Zuwanderer unterstellt. Insgesamt zeigt sich ein relativ kleiner, positiver Effekt unter den genannten Annahmen.
- Neben dem Wachstum des BIP sind Kostensteigerungen im Gesundheitswesen auch von Innovationen im Bereich von Medikamenten und Therapien beeinflusst. Breyer und Ulrich haben aus Vergangenheitsbetrachtungen im Zeitraum 1975 bis 1995 einen kostentreibenden Effekt des medizinisch-technischen Fortschritts (MTF) von jährl. 1% ermittelt [31]. Hier werden in einem Szenario die Auswirkungen solcher zusätzlicher Kostensteigerungen von 0,4% während der nächsten 45 Jahre betrachtet. Es zeigt sich, dass bereits ein 0,4%-iger Kostenanstieg durch den MTF den GKV-Beitragssatz auf bis zu 20,1% im Jahr 2060 erheblich nach oben treibt. Käme es zu einem zusätzlichen Kostenanstieg von 0,75% während der nächsten 45 Jahre, wäre sogar ein GKV-Beitragssatz bis zu 23,3% denkbar (Daten nicht gezeigt). Die über das BIP-Wachstum hinausgehenden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sind für die GKV offensichtlich weit kritischer einzuschätzen als die demografische Alterung.
- Die Annahme, dass die Beitragseinnahmen der GKV im selben Maße wie das BIP steigen würden, entspricht nicht den Beobachtungen in der Praxis. Unter dem Stichwort „Strukturelle Einnahmeschwäche“ (SES) der Sozialversicherung wird schon seit einigen Jahren das Phänomen diskutiert, dass die Steigerung des BIP nicht zu einer gleichhohen Steigerung der Löhne führt [25]. Dieser Effekt wird hier in einem eigenen Szenario erfasst, in dem die Lohnentwicklung um 1% hinter der Steigerung der Produktivität zurückbleibt. Es zeigt sich in diesem Szenario, dass der Beitragssatz der GKV im Jahr 2060 bis auf 20,9% ansteigen würde, wenn die strukturelle Einnahmeschwäche unter den gegebenen Rahmenbedingungen für die nächsten 45 Jahre fortbestünde.

Um die einzelnen Szenarien noch besser einschätzen zu können, wurde der Maximalbeitrag zur GKV in den genannten Szenarien ermittelt (siehe Abbildung 11). Dazu wurde die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Pro-Kopf-BIP fortgeschrieben und mit dem Beitragssatz der Szenariorechnungen multipliziert. Die Methodik führt dazu, dass der Effekt der Strukturellen Einnahmeschwäche nicht zu einem eigenen Verlauf des Maximalbeitrags führt. Das geringere Lohnwachstum führt zu einem stärker steigenden Beitragssatz. Dieser wird mit einer Beitragsbemessungsgrenze multipliziert, die im selben Maße langsamer steigt, weil sie dem Lohnwachstum folgt. Aus diesem Grund werden die SES-Szenarien in den Abbildungen zum Maximalbeitrag von GKV und SPV nicht dargestellt.

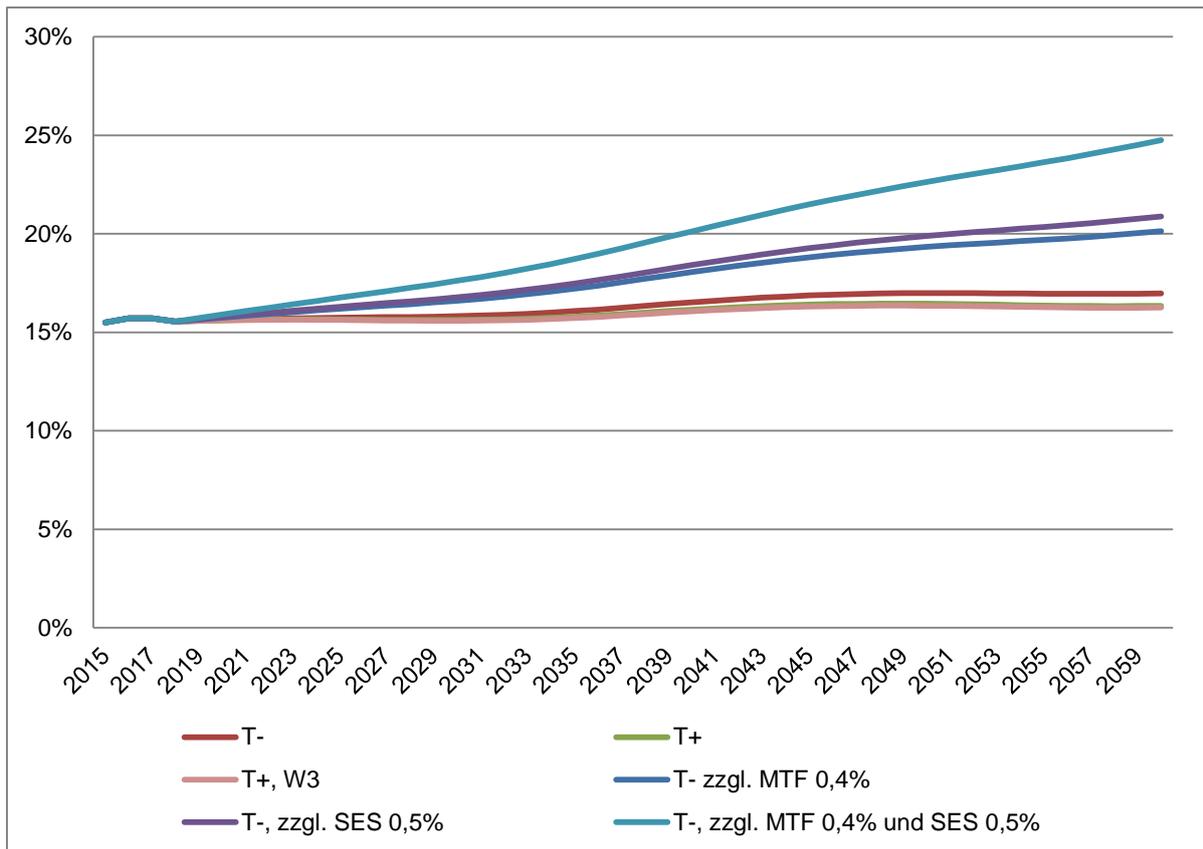


Abbildung 10: GKV-Beitragsatz: Verschiedene Szenarien.

MTF= medizinisch-technischen Fortschritts
 SES= Strukturelle Einnahmeschwäche

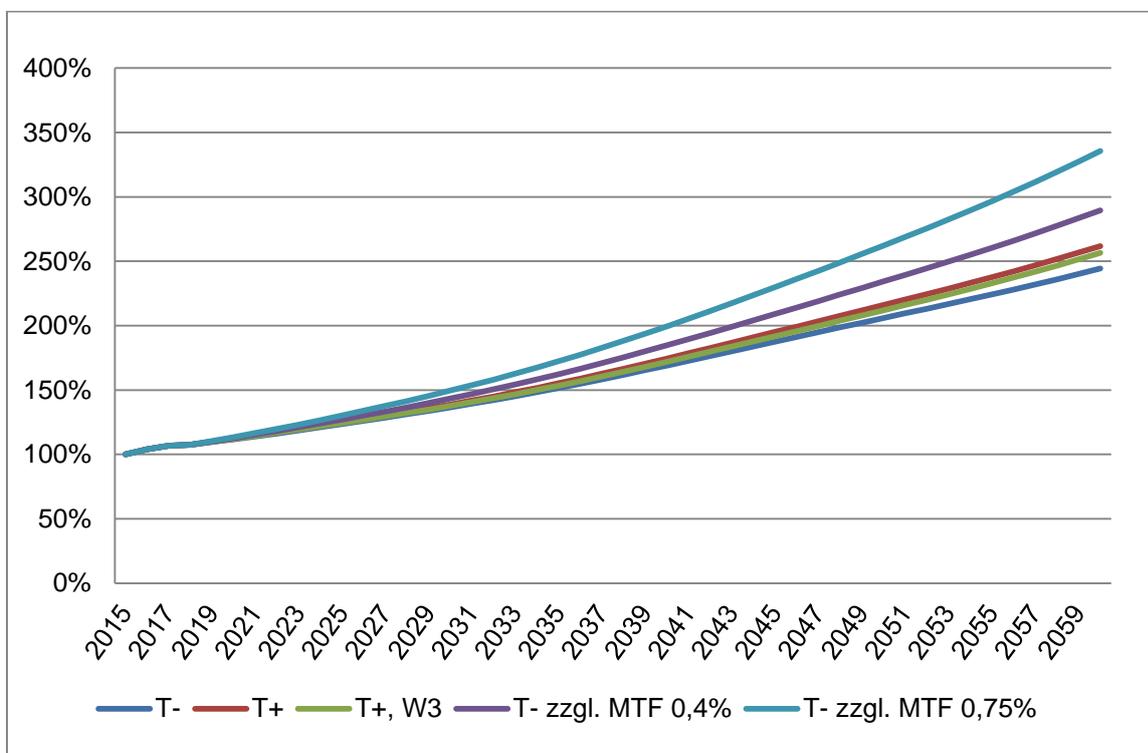


Abbildung 11: Entwicklung des Maximalbeitrages in der GKV (Preise von 2015, indiziert)

MTF= medizinisch-technischen Fortschritts

Die angegebenen Eurobeträge sind in Preisen des Jahres 2015 ausgedrückt. Ein rein inflationsbedingtes Wachstum ist hier also nicht enthalten.

4.8.1.9 Beitragssatzszenario SPV

Für die SPV wurden analog zur GKV verschiedene Szenarien betrachtet (siehe Abbildung 12). Besonderheiten bestehen bei folgenden Punkten:

- Keine Berücksichtigung des Kinderlosenzuschlags
- Ein Extra-Szenario mit Berücksichtigung des Pflegevorsorgefonds. Die Effekte des Fonds sind praktisch bedeutungslos für die Dynamik der Beitragssatzentwicklung.

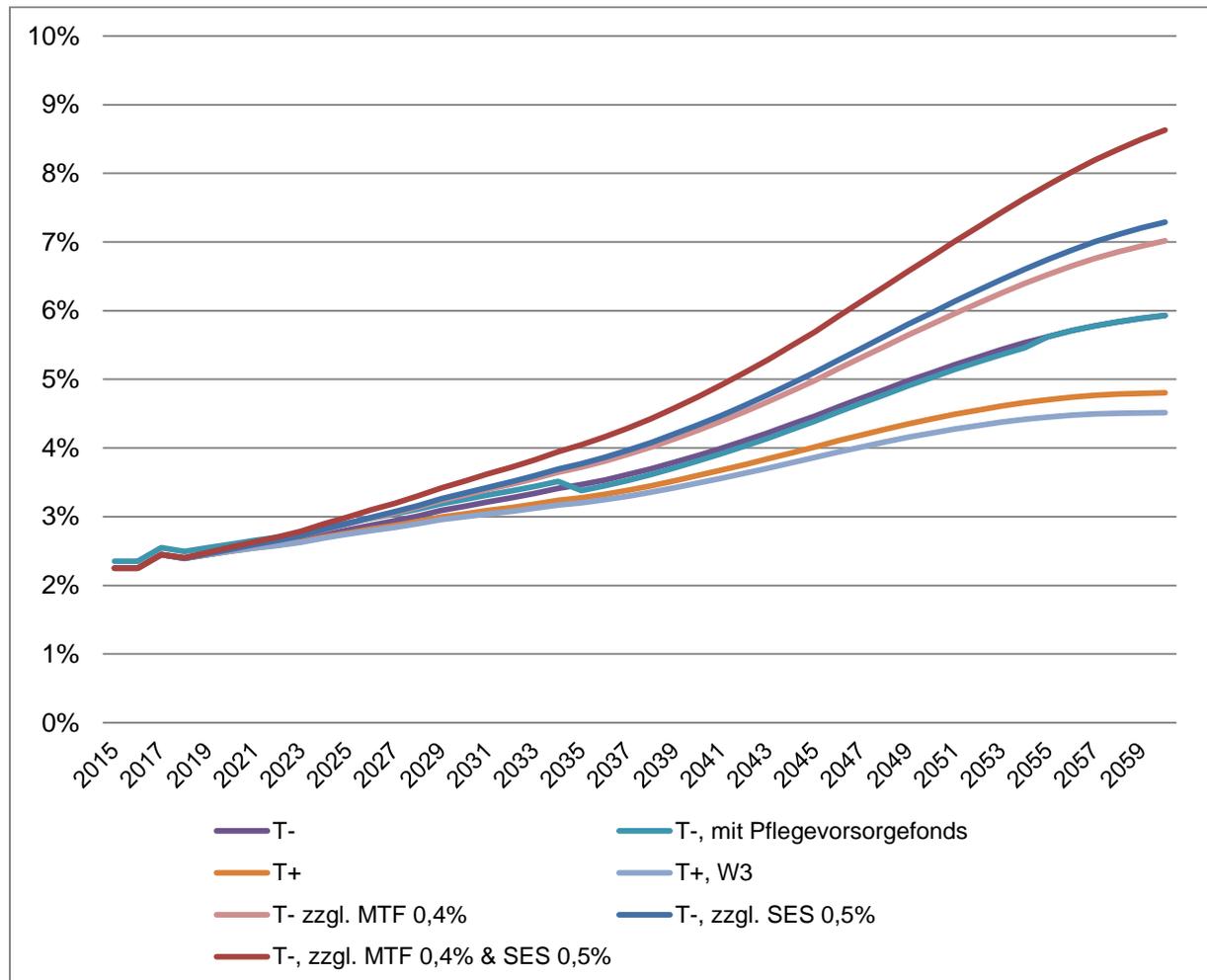


Abbildung 12: SPV-Beitragssatz: Verschiedene Szenarien

MTF= medizinisch-technischen Fortschritts
 SES= Strukturelle Einnahmeschwäche

Die Beitragssätze in der SPV steigen vom aktuellen Niveau in den verschiedenen Szenarien mindestens auf rund 4,5% an, bei fortbestehender struktureller Einnahmeschwäche könnte der Beitragssatz sogar in Bereiche bis knapp unter 9% vorstoßen, was einer Vervierfachung entspräche. Die Beitragshöhen in Euro ergeben ein ähnliches Bild und unterstreichen den schon bei der Betrachtung der rein demografischen Wirkungen auf die durchschnittlichen Leistungsausgaben gemachten Befund, dass die SPV generell sensitiv ist für die demographische Alterung (siehe Abbildung 13).

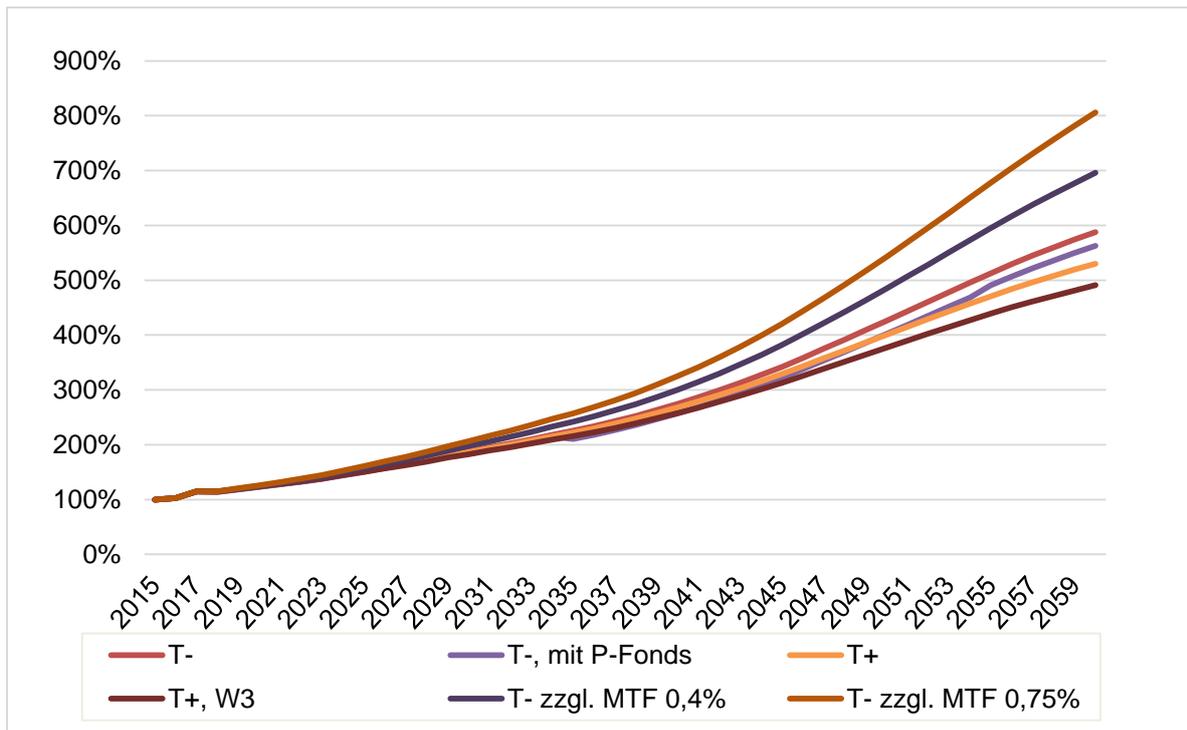


Abbildung 13: Entwicklung des Maximalbeitrages in der SPV (Preise von 2015, indiziert)
MTF= medizinisch-technischen Fortschritts

4.8.1.10 Zwischenfazit zur kritischen Würdigung des TFB

Insgesamt zeigt sich, dass die demografischen Effekte wie im TFB dargestellt eine moderate Wirkung auf die Beitragssätze entfalten. Nimmt man jedoch den MTF oder zusätzlich SES hinzu, so zeigen sich teils sehr starke Beitragswirkungen.

4.8.2 Beitragsszenario PKV

4.8.2.1 Allgemeine Modellbeschreibung

Die Projektionsrechnung für die zukünftige Bestands-, Beitrags- und Überschussentwicklung erfolgt sowohl für die PKV als auch für die PPV mittels eines bottom-up-Modells, in dem die Bestände für Beihilfe- und Nicht-Beihilfe-Versicherungsnehmer bzw. für PVB- und PVN-Versicherungsnehmer anhand von rund 24.500 Model-Points (MPs) bis zum Jahr 2060 fortentwickelt werden. Die MPs beschreiben dabei repräsentative Versicherungsnehmer im Hinblick auf Tarif, erreichtes Alter, Geschlecht und Versicherungsdauer. Die Projektion der zugrundeliegenden Gesamtbestände, die sich aus dem Startbestand (Stand 2015) und einem erwarteten Neuzugang (aus GKV und Wechselern innerhalb der PKV) zusammensetzen, erfolgt nun mittels folgender best-estimate Annahmen (Annahmebeschreibung s. u.):

- tatsächliche Sterblichkeiten innerhalb der PKV
- tatsächliches Storno (GKV- und PKV-Storno)

Die erwarteten zukünftigen Neuzugänge werden dabei so bestimmt, dass die GKV- und PKV-Bestände die Gesamtbevölkerung abbilden.

Die Entwicklung der zukünftigen Beiträge ergibt sich aus der individuellen Beitragsentwicklung jedes MPs. Dabei werden folgende Effekte berücksichtigt:

- Eine Beitragsanpassung (BAP) erfolgt bei Anspringen des Auslösenden Faktors für die Versicherungsleistungen (Schaden-AF), der sich wie üblich aus dem Vergleich der erforderlichen und rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen ergibt. Dabei wurde ein Schwellenwert von 5 % angenommen. Im Rahmen einer BAP werden alle Rechnungsgrundlagen angepasst. Die Berechnung des Beitrages nach der BAP erfolgt mittels der üblichen versicherungsmathematischen Formel unter Anrechnung der vorhandenen Altersrückstellungen.
- Zur Begrenzung von Beitragserhöhungen (ab Alter 65) bzw. zur Beitragsreduktion (ab Alter 80) werden in der Krankenversicherung Mittel aus den Rückstellungen aus Überzinszuschreibungen (gemäß §150 (2) VAG) sowie aus dem gesetzlichen 10%-Zuschlag (gemäß §149 VAG) eingesetzt.
- Zusätzlich werden in der Krankenversicherung Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zur Beitragsbegrenzung eingesetzt. Dabei können getrennte Limitierungsgrenzen für Versicherungsnehmer über 65 Jahre und unter 65 Jahren gesetzt werden. Modell-technisch machen nur prozentuale Limitierungsgrenzen Sinn, da ein MP die Zusammenfassung mehrerer Versicherungsnehmer mit unterschiedlichem Beitragsniveau beinhalten kann, so dass eine einheitliche absolute Limitierung zu unplausiblen Ergebnissen führen könnte.
- In der PPV werden RfB-Mittel zur Begrenzung des Bedarfsbeitrages (zunächst für Kinder / Jugendliche, danach für Erwachsene zur Limitierung des Bedarfsbeitrages auf den Höchstbeitrag) und damit zur Senkung der Umlage eingesetzt.
- Zudem werden weitere Beitragseffekte wie Wegfall des 10%-Zuschlages ab Alter 60, Beitragsfreiheit von Kinder / Jugendlichen in der PPV, Beitragskappung auf den SPV-Höchstbeitrag in der PPV (inkl. zusätzlicher Deckelung für Ehegatten) berücksichtigt.

Um die zukünftige Limitierung in der Beitragsberechnung berücksichtigen zu können, benötigt man auch eine Entwicklung der RfB. Diese wird aus der Entwicklung der zukünftigen Überschüsse abgeleitet. Diese setzen sich aus folgenden Elementen zusammen:

- Risikoergebnis:
 - a) Leistungsergebnis:
Da die BAP erst bei Anspringen des Schaden-AF erfolgt, ergeben sich systematisch Abweichungen zwischen den tatsächlichen und rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen, die zu einem jährlichen Leistungsergebnis führen.
 - b) Sterblichkeitsergebnis:
Bei der Fortentwicklung des Versicherungsnehmer-Bestandes wird eine jährliche Sterblichkeitsveränderung unterstellt. Die rechnungsmäßige Sterblichkeit ist zwar mit Sicherheiten versehen, wird aber in diesem Modell nur bei Anspringen des Schaden-AF geändert. Daher – und aufgrund unterschiedlich hoher Margen in den einzelnen Altern – ergeben sich Sterblichkeitsmargen, die in jedem Jahr zu einem Sterblichkeitsergebnis führen.
 - c) Stornoergebnis:
In dem Modell wird eine relative, 1%-ige Stornomarge angenommen; mit zunehmendem Bestandsalter nimmt aufgrund der geringeren Storni daher auch das Stornoergebnis ab.

- Kostenergebnis:
Es wird angenommen, dass die tatsächlichen Kosten zu Projektionsbeginn 90% der rechnungsmäßigen Kostenzuschläge betragen (bei der PPV 75% der rechnungsmäßigen Kosten); danach erfolgt die Dynamisierung der Kosten mit den Inflationsannahmen und eine Anpassung der rechnungsmäßigen Kostenzuschläge, sobald die tatsächlichen Kosten die rechnungsmäßigen übersteigen. Zur Deckung der Abschlusskosten für zukünftige Neuzugänge wird eine Zillmerung und Wartezeit- und Selektionersparnis berücksichtigt.

- Ergebnis aus Kapitalanlagen:
Als Kapitalträger für das Kapitalanlageergebnis wird vereinfacht die Alterungsrückstellung angesetzt. Das Ergebnis ergibt sich dann aus der Differenz zwischen dem tatsächlichen Kapitalertrag (gemäß Verzinsung mit der Nettoverzinsung) und dem rechnungsmäßigen Zinsaufwand für die Alterungsrückstellung.

- Ergebnis aus Sicherheitszuschlag

Die Plausibilität der projizierten Überschüsse erfolgt anhand der üblichen PKV-Kennzahlen Schadenquote und versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote. Der Einsatz von RfB-Mitteln wird so gesteuert, dass langfristig eine RfB-Quote zwischen 20 und 40% erreicht wird.

Im PKV-Modell sind keine Kinder und Jugendlichen enthalten und es werden auch keine Beiträge für diese Gruppe errechnet. Diese spielen für die Berechnung keine Rolle und fließen daher nicht in das Modell ein.

Die Zahlen zu den Szenariorechnungen finden sich im Anhang in Abschnitt 7.4. Alle Berechnungen wurden dabei mit dem Programm Prophet (FIS Insurance Prophet, Chertsey, UK) durchgeführt.

4.8.2.2 Besonderheiten des PKV-Modells

Im PKV-Modell wird eine Unterscheidung zwischen einem Beihilfe- und Nicht-Beihilfe-Tarif vorgenommen, da angenommen wird, dass sich die Leistungen im Beihilfetarif wegen der Ausweitung der Beihilfezusagen bei Renteneintritt (Anstieg von 50% auf 70%) deutlich gegenüber einem Nicht-Beihilfe-Tarif unterscheiden. Modelliert wird ein Tarifwechsel im Alter

65 (hier als Renteneintrittsalter angenommen) von einem Tarif der eine Zuzahlung zur Beihilfe von 50% auf einen Tarif der eine Zuzahlung zur Beihilfe von 30% erstattet, wobei sich der Grundkopfschaden auf 60% des vorherigen Niveaus reduziert. Die vorhandene Alterungsrückstellung wird angerechnet, wobei der Teil, der aufgrund einer Unterschreitung von Beitragsuntergrenzen nicht angerechnet werden kann, der Rückstellung gemäß §150 (2) VAG zugeführt wird.

4.8.2.3 Besonderheiten des PPV-Modells

In der PPV wird ein fester BAP-Rhythmus von zwei Jahren angenommen, da sich die erforderlichen Versicherungsleistungen in der PPV nicht nur aus einem Leistungstrend sondern insbesondere durch eine geänderte Inanspruchnahme begründen, und dies in diesem Modell nicht abgebildet werden kann. Aus den Beobachtungen der letzten 20 Jahre seit Einführung der PPV lässt sich ein durchschnittlicher Zeitraum zwischen zwei Anpassungen von zwei Jahren ableiten.

4.8.2.4 Verwendete Annahmen

i) rechnungsmäßige Annahmen

Rechnungsgrundlagen zum Startzeitpunkt:

In Tabelle 5 finden sich die übergreifenden Rechnungsgrundlagen getrennt nach Beihilfe- und Normalversicherten, die zum Startzeitpunkt in das Modell eingegangen sind. Darüber hinaus wurde eine allgemeine Inflation von 1,5% pro Jahr verwendet, die dem langjährigen Durchschnitt entspricht. Weiter wurden Abschlusskosten von 8 Monatsbeiträgen (in der PPV 2 Monatsbeiträge) eingerechnet. Darüber hinaus wird ein zukünftiges Neugeschäft inklusive mitgebrachter Übertragungswerte berücksichtigt.

Tabelle 5: Übergreifende Rechnungsgrundlagen getrennt nach Beihilfe- und Normalversicherten zum Startzeitpunkt

	Normaltarif	Beihilfe
Sterbetafel	PKV-2017	PKV-2017
Stronotafel	Normal 2014	Beihilfe 2014
Kopfschadenzusammensetzung	Amb_N_101-250, Stat_N_ZB, Zahn_N_Ers_70-80	Amb_B, Stat_B_ZB, Zahn_B
Rechnungszins (PKV)	2,83% (Median des AUZ 2016 in der PKV)	2,83% (Median des AUZ 2016 in der PKV)
Rechnungszins (PPV)	3,3%	3,3%
prozentualer Kostenzuschlag	15% (umgerechnet auf Stückkosten)	15% (umgerechnet auf Stückkosten)
Sicherheitszuschlag	5%	5%
Zuschlag für Basis-/ Standardtarif	1,3% (1,2% ab Alter 65)	1,3% (1,2% ab Alter 65)
Zillmerung	4 MB	4 MB
Bestandsverteilung	PPV-Bestand 2015 i. V. m. GKV-Modell und eigener Ansatz (Dauerverteilung)	PPV-Bestand 2015 i. V. m. GKV-Modell und eigener Ansatz (Dauerverteilung)

Rechnungsgrundlagen in den Folgejahren:

a) Grundkopfschaden (GKS):

Der Grundkopfschaden ändert sich nur im Rahmen einer BAP, ausgelöst durch Anspringen des Schaden-AF. Als Treiber für den Schaden-AF wird nur der Leistungstrend genommen, eine zusätzliche Profiländerung wird als „Trend-neutral“ angesehen. Der Grundkopfschaden nach BAP ergibt sich aus einer linearen Extrapolation der letzten vier beobachteten Vergleichsquotienten ($\text{Vergleichsquotient}(J) = \text{tatsächlicher GKS im Jahr } J / \text{aktueller rechnungsmäßiger GKS}$)

b) Profil:

In Szenarien mit einer Profiländerung erfolgt ein linearer Übergang von dem Start-Profil auf ein vorgegebenes Ziel-Profil. Die Änderung des Profils wird dabei nur in Jahren vorgenommen, in denen der Schaden-AF anspringt.

c) Sterblichkeit (q_x):

Es erfolgt ein linearer Übergang von der Start- auf eine vorgegebene Ziel-Sterbetafel, wobei eine Änderung der rechnungsmäßigen Sterbewahrscheinlichkeiten nur in den Jahren stattfindet, in denen der Schaden-AF anspringt. Die Festlegung der rechnungsmäßigen Sterbewahrscheinlichkeiten korrespondiert mit der Entwicklung der best-estimate Sterbewahrscheinlichkeiten.

d) Storno (w_x):

Die Start-Stornotafel wird innerhalb des Projektionszeitraums nicht geändert.

e) Kostenzuschläge:

Die rechnungsmäßigen Kostenzuschläge werden im Rahmen einer BAP, also bei Anspringen des Schaden-AF, angepasst, wenn ein negatives Kostenergebnis im Folgejahr zu befürchten ist.

f) Rechnungszins:

Die Entwicklung des Rechnungszinses wird in den betrachteten Szenarien vorgegeben. Die unterstellte BAP-Frequenz, die gemäß AUZ-Richtlinie maßgeblich für die Festlegung des Rechnungszinses ist, wird grundsätzlich mit zwei Jahren angenommen (auch in Szenarien mit geringeren Leistungstrends), so dass das Ausmaß der Rechnungszins-Anpassung nur vom Zeitpunkt der BAP nicht aber vom Extrapolationszeitraum abhängt. Eine Rechnungszins-Anpassung findet nur bei Anspringen des Schaden-AF (bzw. in der PPV alle zwei Jahre) statt.

ii) best-estimate-Annahmen

a) Versicherungsleistungen:

Es erfolgt eine Fortentwicklung der tatsächlichen Leistungen über einen vorgegebenen Leistungstrend (zzgl. einer Profiländerung im entsprechenden Szenario). Zum Startzeitpunkt ergeben sich die tatsächlichen Leistungen aus einer Marge auf die rechnungsmäßigen Kopfschäden.

Für den Leistungstrend werden drei Szenarien betrachtet:

Als Basis-Szenario wird ein jährlicher Leistungstrend in Höhe von 3,0% angenommen. Im Sinne zweier symmetrischer Sensitivitäten werden zusätzliche Szenarien mit einem Leistungstrend von 2,5% bzw. 3,5% p.a. betrachtet.

Neben den unterschiedlichen Leistungstrends wird auch eine Berechnung mit einer Profilversteilerung (Medikalisierung) durchgeführt. Die Profilversteilerung wird aus BaFin-Statistiken der Jahre 2001 und 2012 abgeleitet und auf das Jahr 2060 extrapoliert. Dabei werden getrennte Ansätze für Beihilfe und Nicht-Beihilfe getroffen (siehe Abbildung 14).

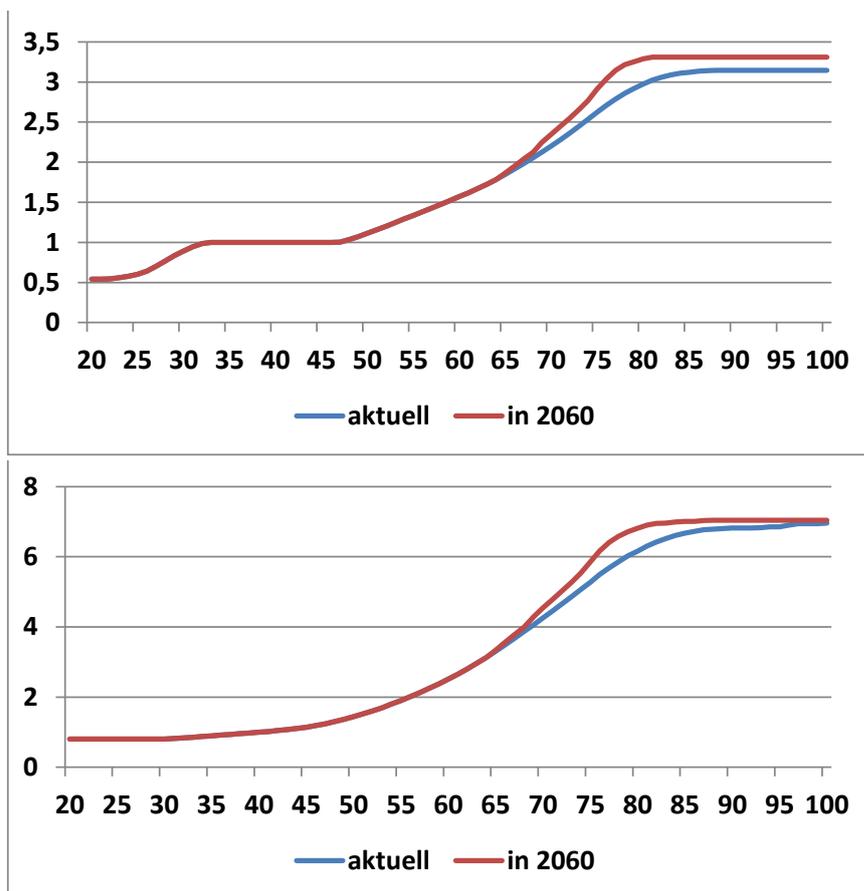


Abbildung 14: Profilversteilerung im Beihilfe-Tarif (oben) und Nicht-Beihilfe-Tarif (unten)

b) Sterblichkeit (q_x):

Analog zur Modellierung im GKV-Modell wird auch im PKV-Modell eine jährliche Sterblichkeitsveränderung angenommen (getrennte Annahmen im Szenario T- und T+). Die Basis bildet dabei die Sterbetafel PKV-2017, aus der zunächst die Sicherheitsabschläge eliminiert werden. Dann erfolgt eine Extrapolation mit den dort angesetzten Trends bis zum Jahr 2016 (Start-Sterbetafel) sowie eine Extrapolation mit den dort angesetzten Trends (für das Szenario T-) bzw. mit abgeschwächten Trends (für das Szenario T+) bis zum Jahr 2060 (Ziel-Sterbetafel). In den Projektionsjahren zwischen 2016 und 2060 ergeben sich die tatsächlichen Sterbewahrscheinlichkeiten mittels linearen Übergangs von der Start- auf die Ziel-Sterbetafel.

Die unterschiedlichen Sterblichkeitsannahmen kann man anhand der Entwicklung des Durchschnittsalters (für die über 20-Jährigen) verdeutlichen (siehe Abbildung 15).

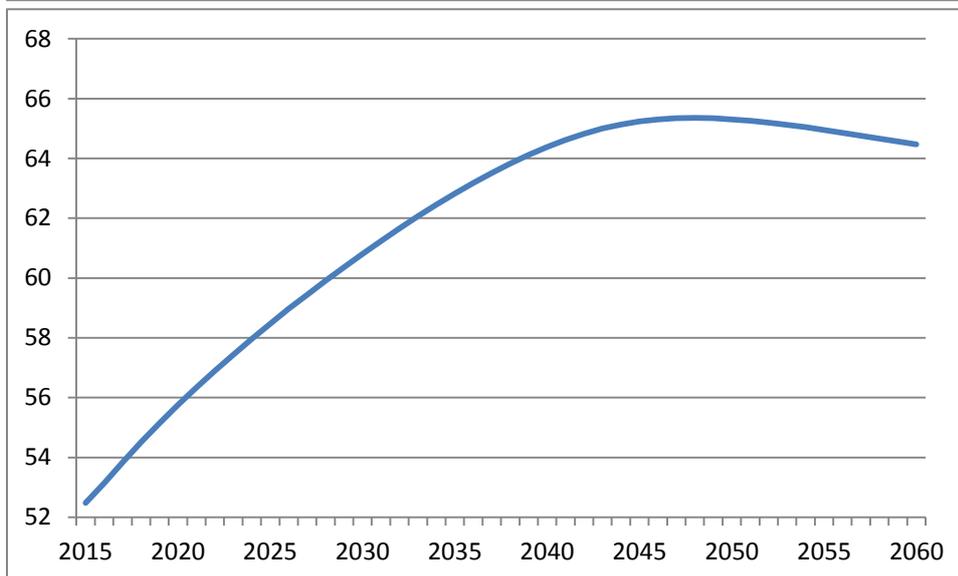
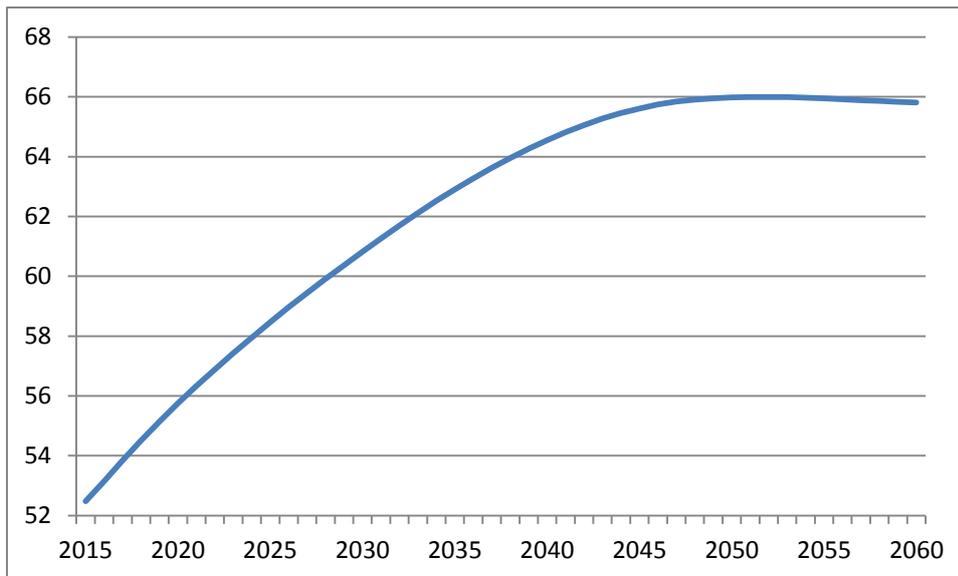


Abbildung 15: Entwicklung des Durchschnittsalters für den Bestand der ü20-jährigen im Szenario T- (oben) und T+ (unten)

Beim Durchschnittsalter überlagern sich mehrere Effekte. Zum einen führt das Ausscheiden des älteren Bestandes in späteren Projektionsjahren sukzessive zu einer Verjüngung des Bestandes. Durch die permanente Sterblichkeitsverbesserung wird jedoch die Lebenserwartung systematisch erhöht. Dadurch erhöht sich das Durchschnittsalter. Je nachdem, wie stark die unterschiedlichen Effekte wirken, entwickelt sich das Durchschnittsalter. Man kann beobachten, dass eine steigende Restlebenserwartung in der Projektion das Durchschnittsalter im Bestand erhöht. Daher führt die moderatere Sterblichkeitsverbesserung in Verbindung mit dem höheren Neugeschäft im Szenario T+ zu einem geringeren Durchschnittsalter als in Szenario T-.

c) Storno (w_x):

Das angenommene tatsächliche Storno entspricht dem rechnermäßigen Storno zzgl. einer relativen Marge von 1% (d. h. $w^{tats} = 1,01 * w^{rm}$).

d) Kostenzuschläge:

Zum Aufsetzzeitpunkt der Projektion wird eine Kostenmarge von 10% angesetzt. Danach entwickeln sich die Kosten mit der Inflation. Als Abschlusskosten für Neuzugänge werden 8 Monatsbeiträge angenommen (in der PPV 2 Monatsbeiträge).

e) Nettozins:

Die Nettoverzinsungen werden für diese Projektionsrechnung nicht über die Vorgabe einer zukünftigen Kapitalmarkterwartung in Verbindung mit einem Kapitalmarktmodell bestimmt, sondern der Nettozins wird je nach Szenario so gewählt, dass sich langfristig ein vorgegebener Überzins pro Jahr ergibt. D. h. der Nettozins folgt in diesem Modell der Rechnungszins-Annahme.

Aufgrund der hohen Bedeutung der Zinsannahmen für die Beitragsentwicklung in der PKV und PPV werden insgesamt fünf Szenarien für die Rechnungszins- und Nettozins-Entwicklung betrachtet.

Im Basis-Szenario (Abbildung 16) geht man davon aus, dass der Rechnungszins innerhalb der nächsten zehn Jahre auf 1,5% sinkt und dann dort verbleibt. Da langfristig ein Überzins von 1%-Pkt. erwirtschaftet werden soll, wird der Nettozins langfristig auf 2,5% angesetzt.

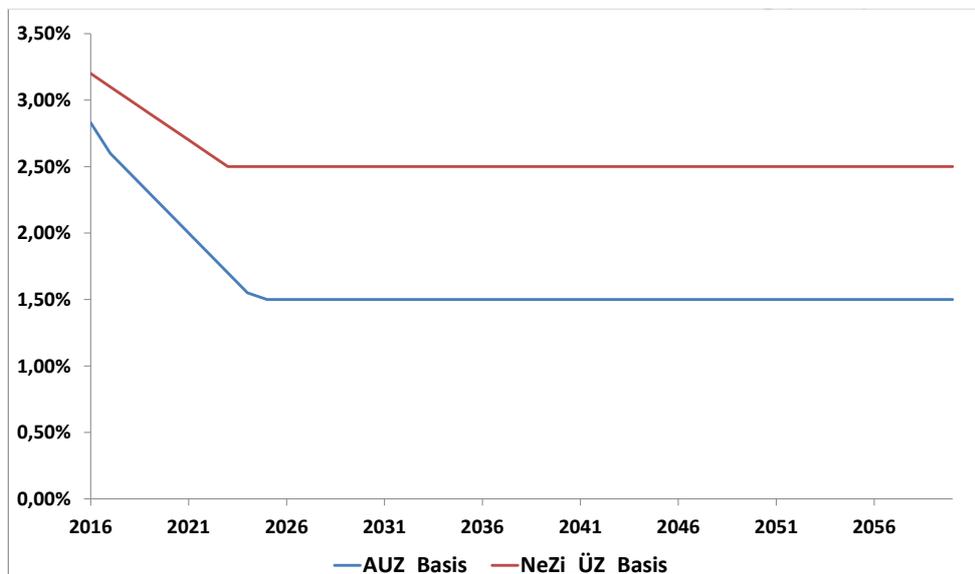


Abbildung 16: Basis-Szenario für Rechnungs- und Nettozins

Als pessimistische Alternative (Abbildung 17) geht man bei unveränderter Rechnungszins-Entwicklung langfristig nur von einem Überzins i. H. v. 0,5%-Pkt. aus.

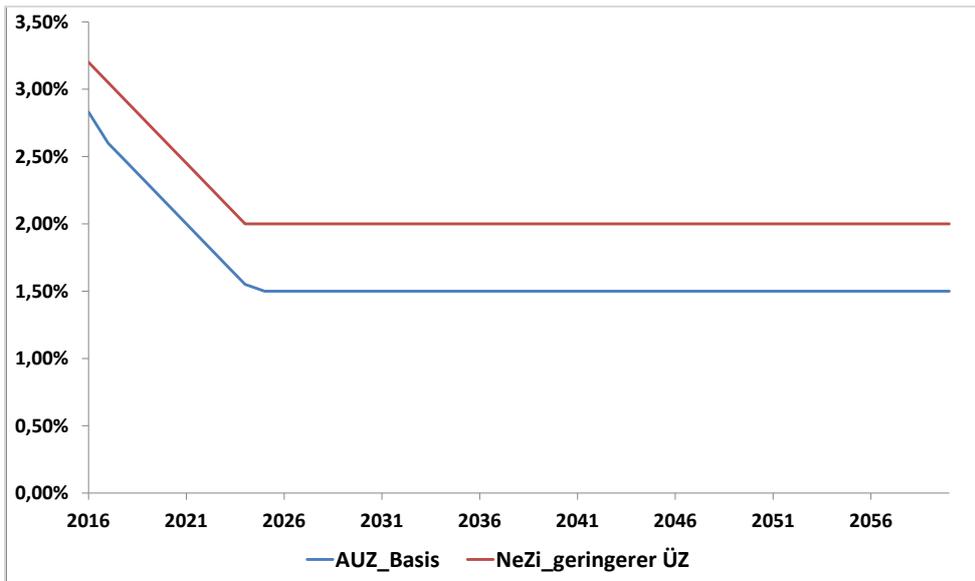


Abbildung 17: Szenario „geringerer ÜZ“ für Rechnungs- und Nettozins

Im dritten Zins-Szenario wird davon ausgegangen, dass der Rechnungszins ab dem Jahr 2030 schrittweise auf 2,5% ansteigt (Abbildung 18). In diesem Szenario wird langfristig ein Überzins von 1%-Pkt. angenommen.

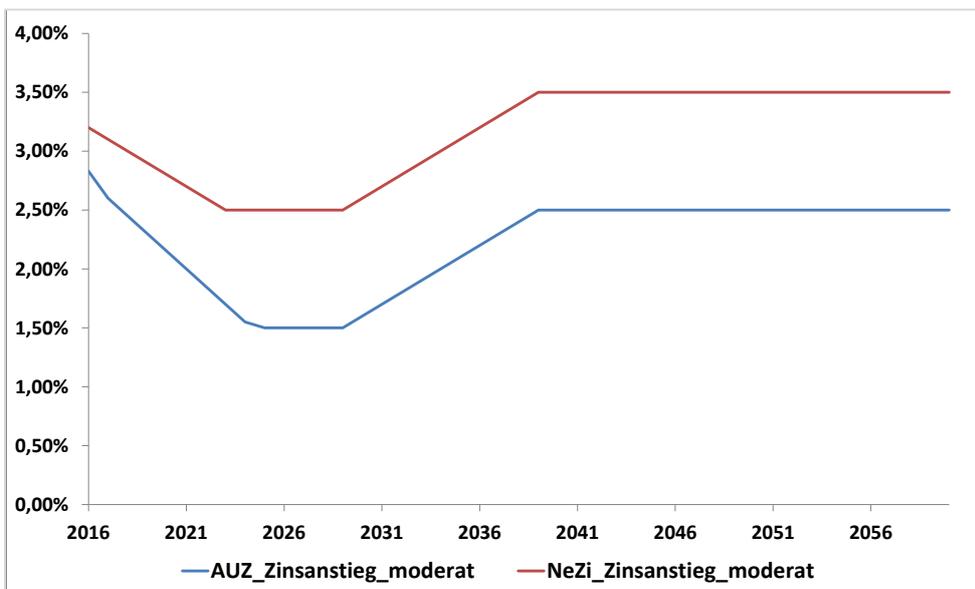


Abbildung 18: Szenario „moderater Zinsanstieg“ für Rechnungs- und Nettozins

Zusätzlich werden zwei weitere, deutlich optimistischere Zins-Szenarien betrachtet, in denen der Netto- und Rechnungszins langfristig auf ein höheres Niveau steigen.

In einem vierten Szenario wird der Zinsverlauf des dritten Szenarios insoweit abgewandelt, dass Netto- und Rechnungszins ab dem Jahr 2030 auf 4,5% bzw. 3,5% ansteigen (Abbildung 19).

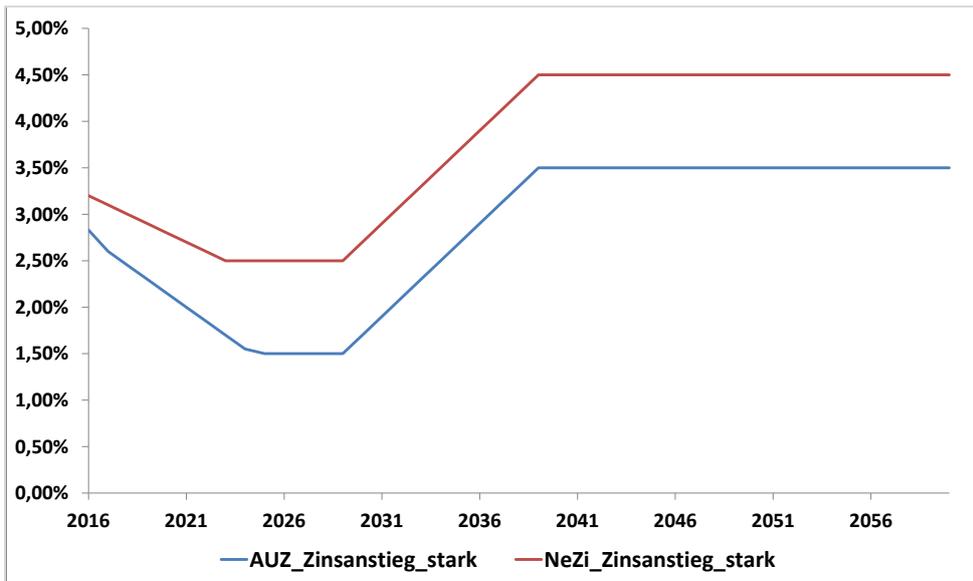


Abbildung 19: Szenario „starker Zinsanstieg“ für Rechnungs- und Nettozins

Das fünfte Szenario sieht in den ersten Projektionsjahren eine geringere Rechnungszinsabsenkung auf 2% anstelle von 1,5% vor. Dies kann man mit der sich abzeichnenden Wende in der Zinspolitik der EZB begründen. Ab dem Jahr 2025 steigt der Rechnungszins dann wieder schrittweise bis zum Jahr 2035 auf 3,5% (Abbildung 20).

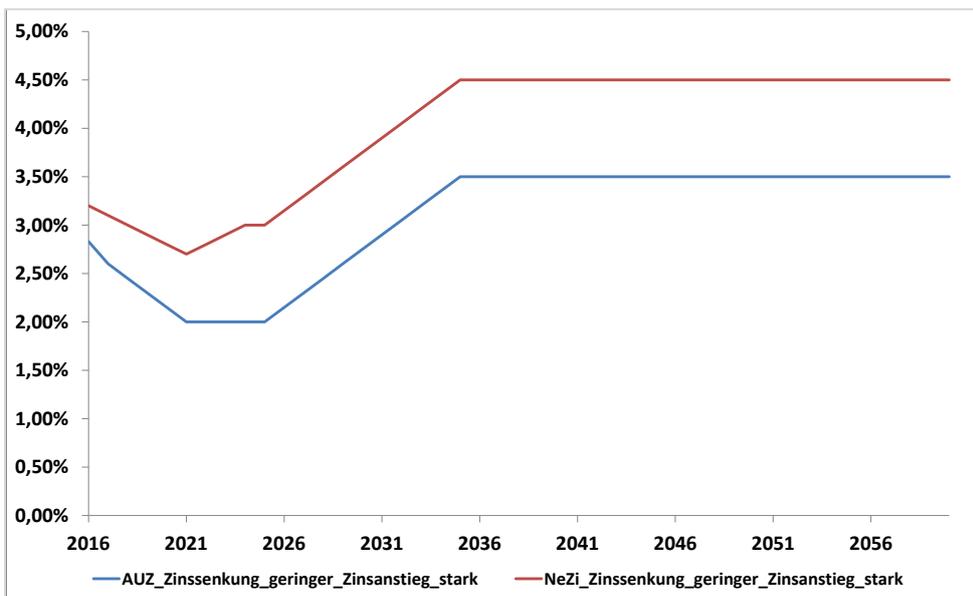


Abbildung 20: Szenario „geringere Zinssenkung und starker Zinsanstieg“ für Rechnungs- und Nettozins

4.8.2.5 Ergebnisse der Beitragsentwicklung in PKV

Wie in Abschnitt 4.8.2.4 beschrieben, werden – entsprechend dem GKV-Modell – zwei unterschiedliche Bestandsentwicklungen (T- und T+) betrachtet. Diese differieren neben der angenommenen Lebenserwartung auch in der Anzahl der Neugeborenen und dem Wanderungssaldo (s. 4.8.1). Die Entwicklung des PKV-Bestandes für die über 20-jährigen ist in Abbildung 21 dargestellt.

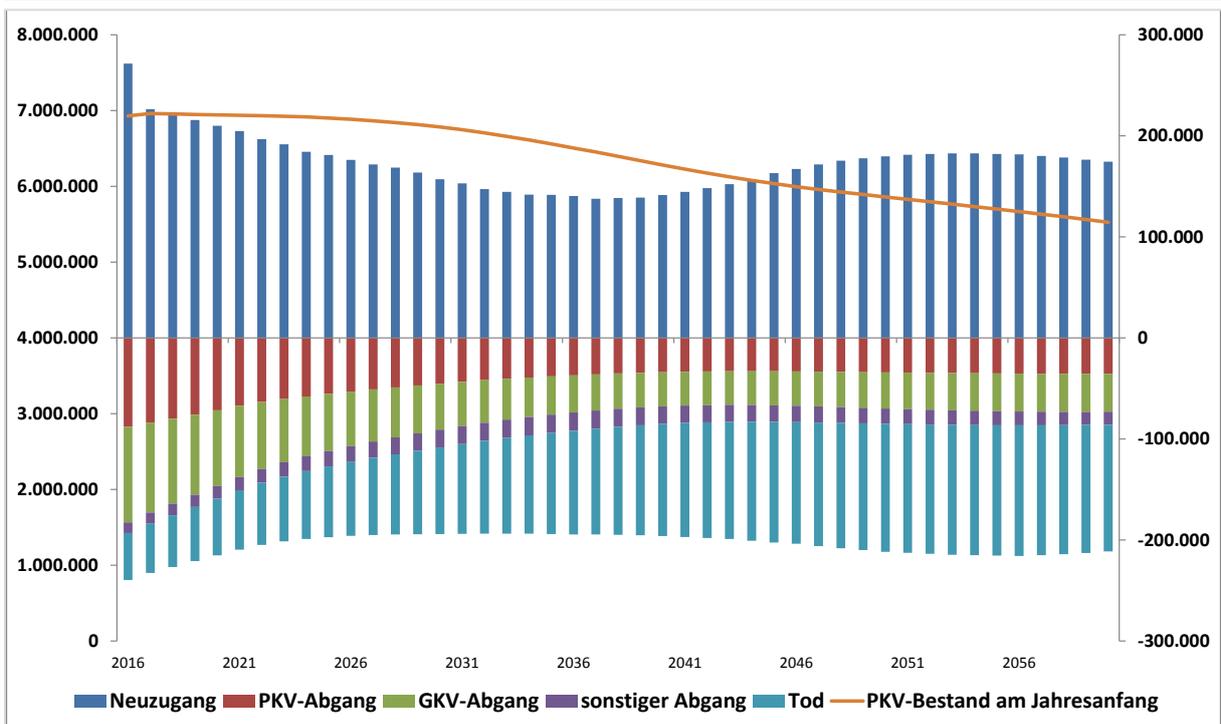
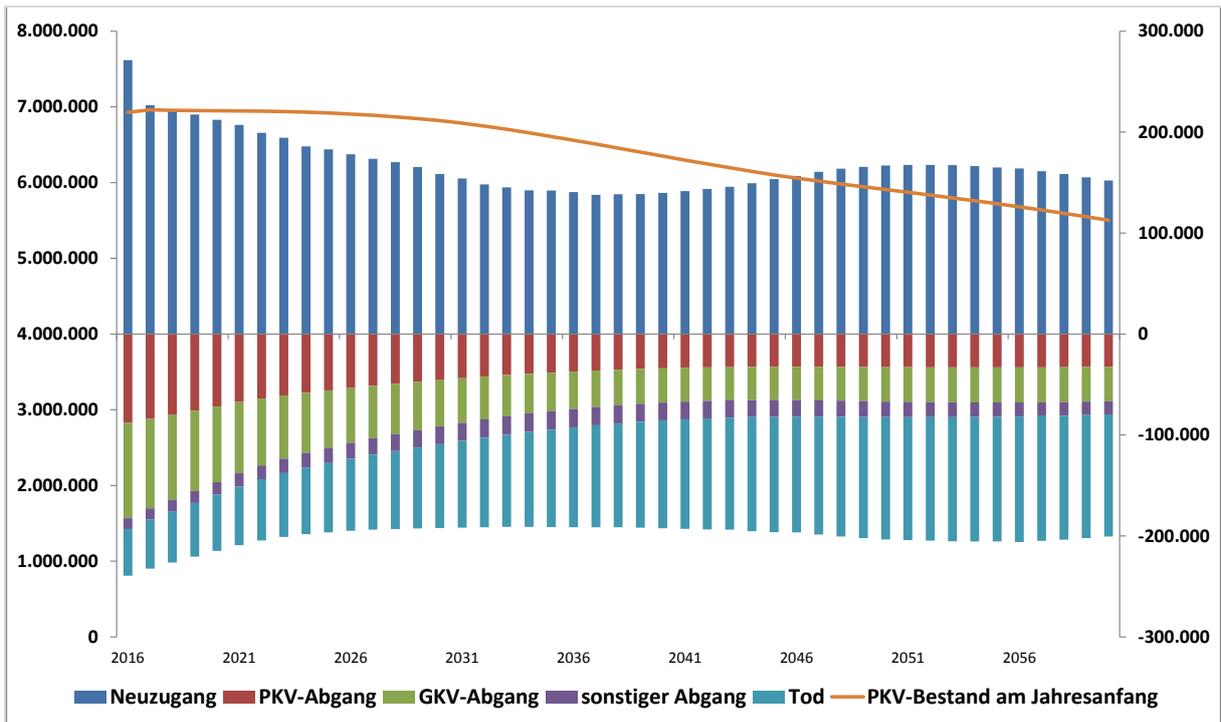


Abbildung 21: Entwicklung des PKV-Bestandes (über 20-jährige) bis 2060 im Szenario T- (oben) und T+ (unten)

Abbildung 21 verdeutlicht die verschiedenen Annahmen in den beiden Szenarien. Im Szenario T+ sind sowohl die Anzahlen des zukünftigen Neugeschäfts als auch der Toten höher. Durch den jüngeren Bestand im Szenario T+ wird auch eine höhere Anzahl an Stornofällen angenommen.

Es wurden folgende Einflussgrößen für die zukünftige Beitragsentwicklung in der PKV untersucht:

- Leistungstrend
- Profil
- Rechnungszins
- Überzins
- Sterblichkeit
- Überschussbeteiligung

Konkret werden die zehn Haupt-Szenarien betrachtet, die Tabelle 6 entnommen werden können. Die Annahme eines Leistungstrends von 3% beinhaltet die inflationsbedingten Preisanstiege von 1,5%. Der über die allgemeine Inflation hinausgehende Leistungstrend von 1,5% ist vergleichbar mit den BIP-getriebenen Steigerungen der Leistungsausgaben in der GKV, welche sich im Szenario T- mit 1,25% (GKV) über den Simulationszeitraum 2015 bis 2060 in einer ähnlichen Größenordnung bewegen.

Tabelle 6: Zehn Haupt-Szenarien des PKV-Modells. Sz 1 ist das Basis-Szenario. Die roten Markierungen zeigen die Änderungen im jeweiligen Szenario gegenüber dem Basis-Szenario

	Bestand	AUZ	NeZi	Leistungstrend	Profil	Überschussverwendungsquote
Sz 1	T-	1,50%	2,50%	3,00%	aktuell	80,00%
Sz 2	T-	1,50%	2,50%	2,50%	aktuell	80,00%
Sz 3	T-	1,50%	2,50%	3,50%	aktuell	80,00%
Sz 4	T-	1,50%	2,00%	3,00%	aktuell	80,00%
Sz 5	T-	1,50%	2,50%	3,00%	versteilert	80,00%
Sz 6	T-	1,50% --> 2,50%	2,50% --> 3,50%	3,00%	aktuell	80,00%
Sz 6a	T-	1,50% --> 3,50%	2,50% --> 4,50%	3,00%	aktuell	80,00%
Sz 6b	T-	2,00% --> 3,50%	3,00% --> 4,50%	3,00%	aktuell	80,00%
Sz 7	T+	1,50%	2,50%	3,00%	aktuell	80,00%
Sz 8	T-	1,50%	2,50%	3,00%	aktuell	90,00%

Für die ausgewählten Szenarien wird die Entwicklung der Durchschnittsbeiträge in der PKV – unter Berücksichtigung von BAP's und Überschussbeteiligung / Limitierung – dargestellt. Da für jedes Projektionsjahr eine vollständige Gewinn- und Verlustrechnung sowie daraus abgeleitet eine RfB-Zuführung modelliert werden, werden auch zusätzliche Kennzahlen wie die versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote, die Rohüberschussquote (= Relation aus Rohüberschuss vor Steuern und Beitragseinnahme) sowie die RfB-Quote ausgewertet. Die Überschussbeteiligung / Limitierung wird dann in der Projektion so gewählt, dass sich langfristig eine RfB-Quote zwischen 20% und 40% einstellt.

Zunächst wird die Entwicklung der Durchschnittsbeiträge in der PKV getrennt für die Nicht-Beihilfe und Beihilfe in den zehn Szenarien gezeigt (siehe Abbildung 22 und Abbildung 23).

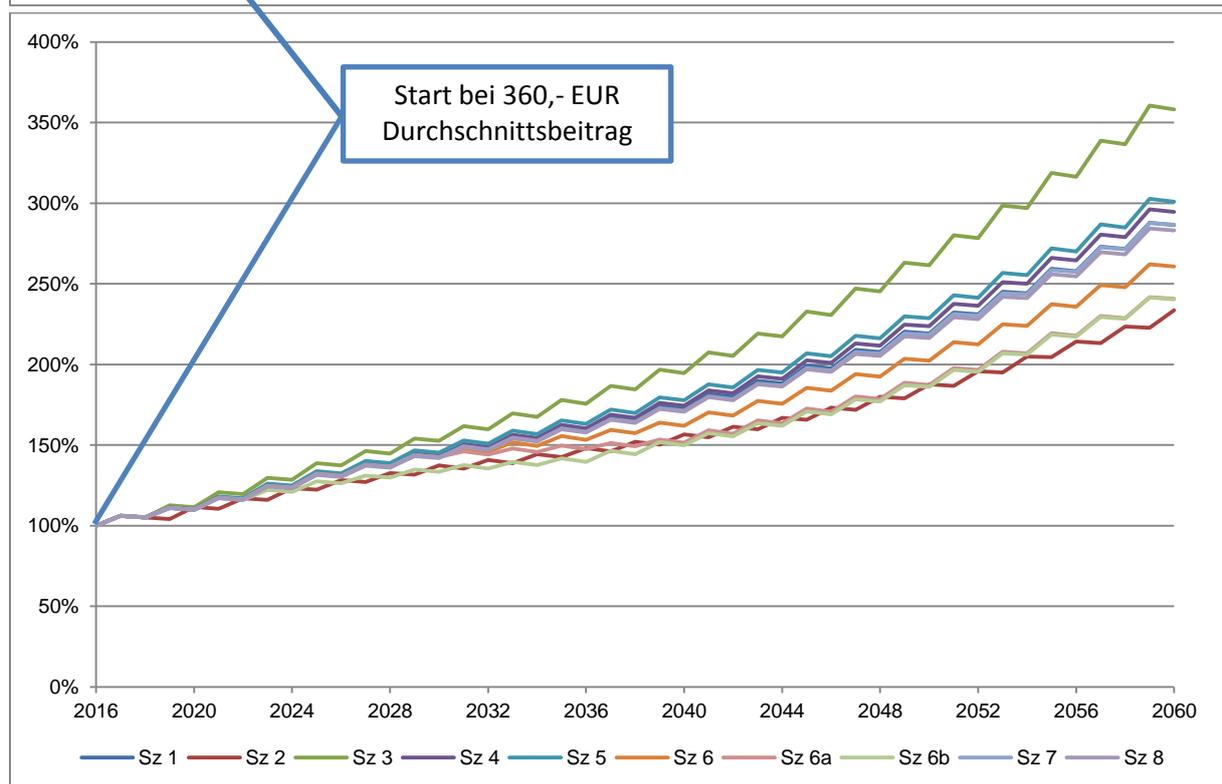
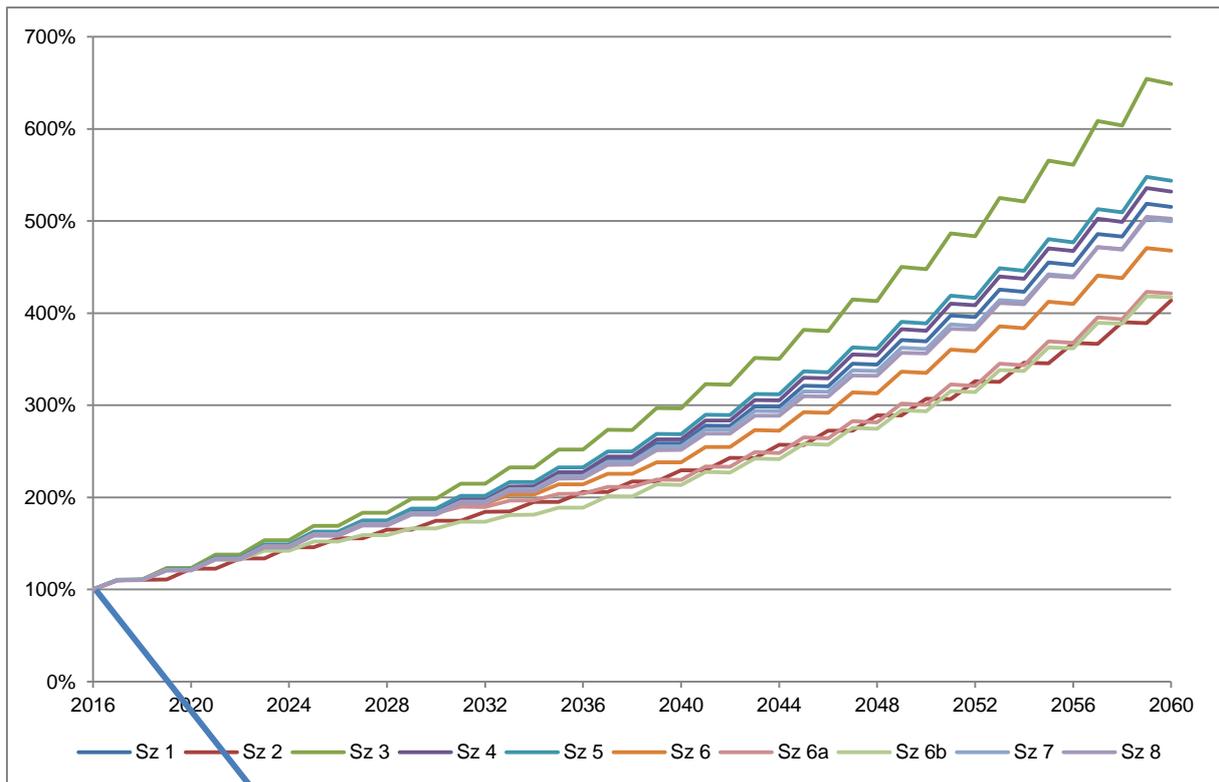


Abbildung 22: Entwicklung der Durchschnittsbeiträge (undiskontiert) in der Nicht-Beihilfe (oben) und Beihilfe (unten). Dabei sind die 100% gleichzusetzen mit einem Durchschnittsbeitrag von 360 EUR. (Anmerkung: Die zu beobachteten „Sägezahnwällen“ treten modellbedingt auf)

Im Basis-Szenario steigt der Durchschnittsbeitrag bis zum Jahr 2060 um den Faktor 5,2. Bei der Projektion der PKV-Beiträge ist es aufgrund der Anpassungs-Methodik mittels Schaden-AF erforderlich, einen realistischen Leistungstrend zu verwenden. Wie in Abschnitt 4.8.1.4 erläutert, wird im GKV-Modell auf die Berücksichtigung einer allgemeinen Inflation

verzichtet. Um die Beitragsverläufe zwischen PKV und GKV vergleichbar zu machen, werden die PKV-Beiträge mit einer allgemeinen Inflation auf den Startzeitpunkt der Projektion inflationsbereinigt. Dabei wird eine allgemeine Inflation in Höhe von 1,5% p.a. angesetzt, da dies einer langjährig beobachteten durchschnittlichen Inflationsrate entspricht.

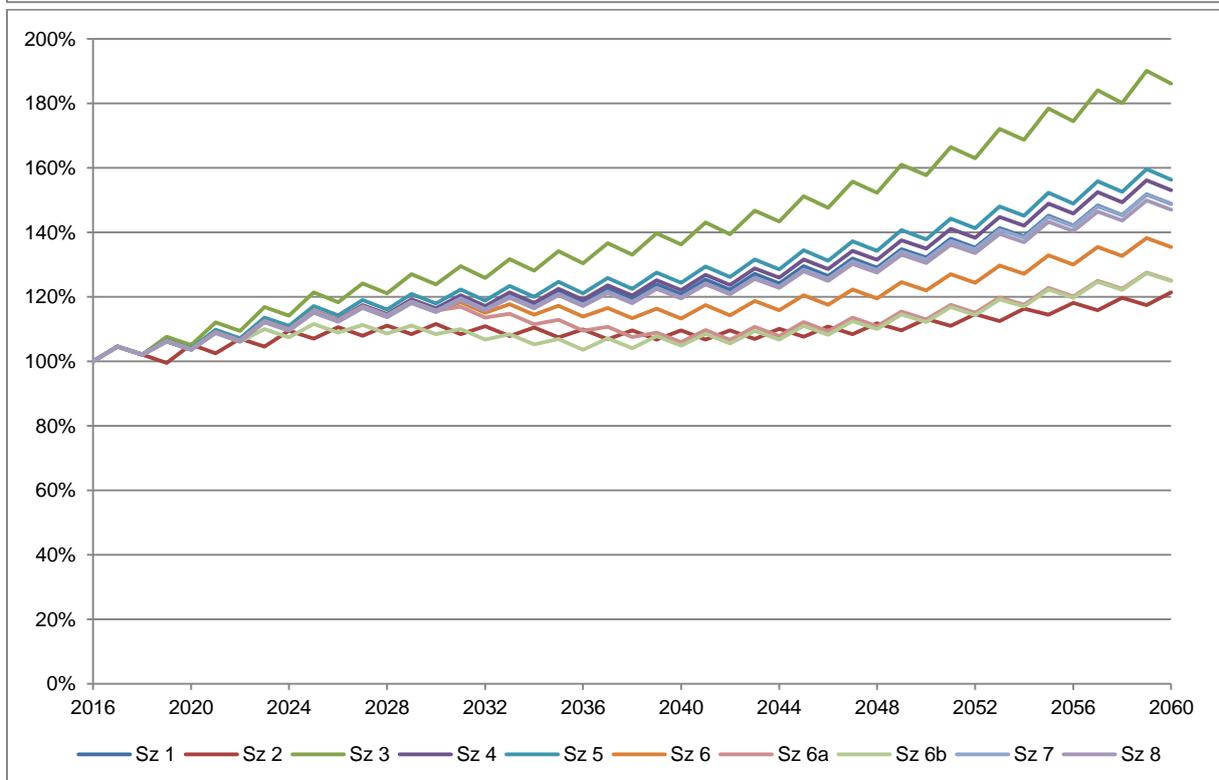
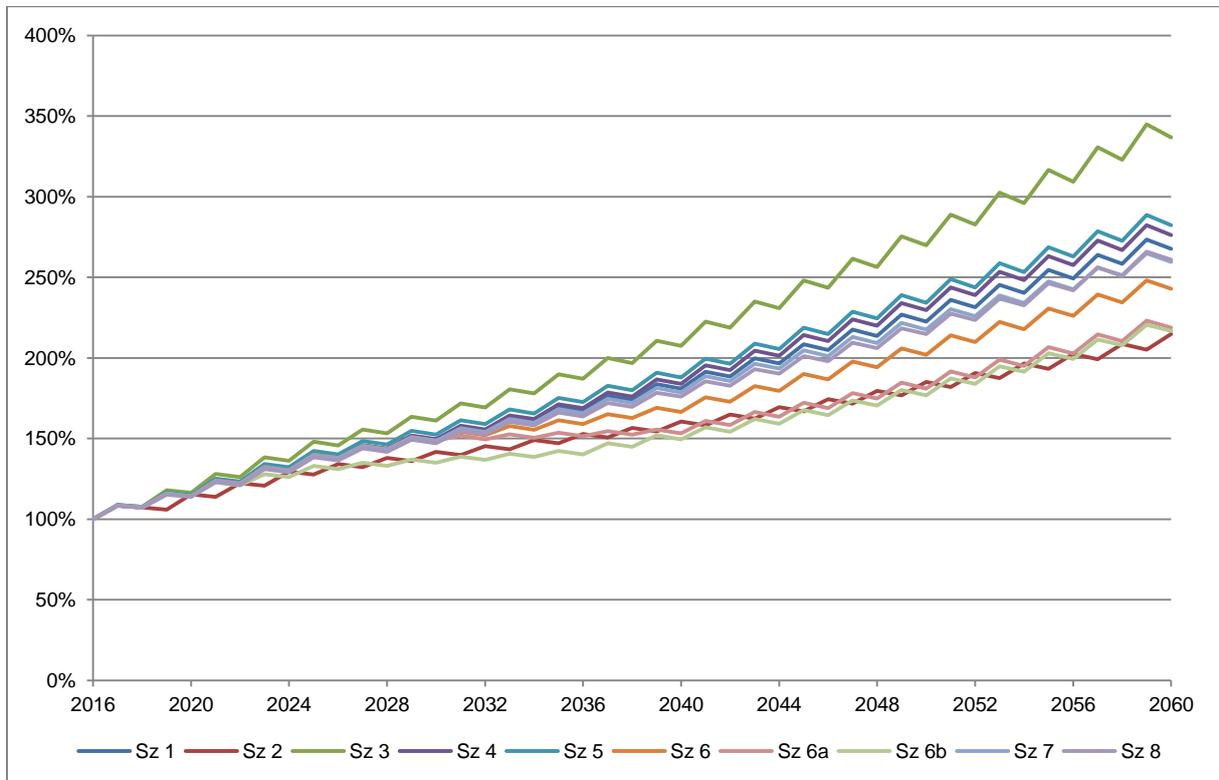


Abbildung 23: Entwicklung der Durchschnittsbeiträge (diskontiert) in der Nicht-Beihilfe (oben) und Beihilfe (unten)

Um den Einfluss der einzelnen Modellparameter auf die zukünftige Beitragsentwicklung besser einschätzen zu können, werden in einem ersten Schritt fünf „fiktive“ Szenarien betrachtet, die in Tabelle 7 dargestellt sind.

Tabelle 7: Fünf Szenarien zur Ermittlung der Wirkung der einzelnen Parameter auf das Modell der PKV. Die roten Markierungen zeigen die Änderungen im jeweiligen Szenario gegenüber dem vorherigen Szenario

Szenario	Bestand	AUZ	NeZi	Leistungstrend	qx	Profil	Limitierung
Sz 0a	T-	2,83%	3,83%	0,00%	aktuell	aktuell	keine Limitierung
Sz 0b	T-	2,83%	3,83%	3,00%	aktuell	aktuell	keine Limitierung
Sz 0c	T-	2,83%	3,83%	3,00%	angepasst an T-	aktuell	keine Limitierung
Sz 0d	T-	1,50%	2,50%	3,00%	angepasst an T-	aktuell	keine Limitierung
Sz 0e	T-	1,50%	2,50%	3,00%	angepasst an T-	aktuell	Limitierung aus Basis-Szenario

Ausgehend von einem unveränderten Status-Quo bis zum Jahr 2060 (Szenario 0a) werden schrittweise die einzelnen Rechnungsgrundlagen sowie die Limitierung geändert (siehe Abbildung 24) bis zum Szenario 0e, welches dem Basis-Szenario entspricht.

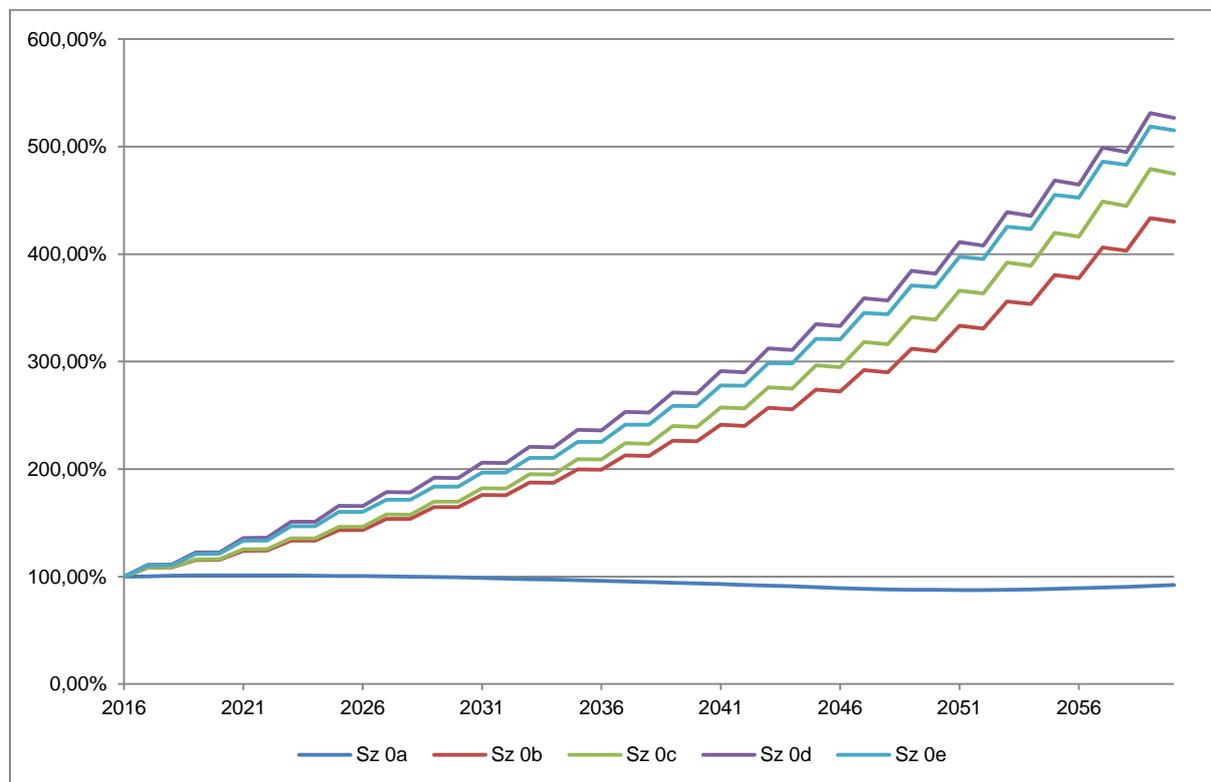


Abbildung 24: Beitragswirkung der einzelnen Rechnungsgrundlagen in der Nicht-Beihilfe (Gesamtbestand, undiskontiert)

Bei Beibehaltung der aktuellen Rechnungsgrundlagen ergibt sich aufgrund des Einsatzes von Mitteln aus der Rückstellung aus Überzinsen und dem 10%-Zuschlag ab Alter 65 ein sinkender Durchschnittsbeitrag.

Der größte Treiber für die zukünftige Beitragsdynamik ist der Leistungstrend (Szenario 0b). Alleine hierdurch steigt der Durchschnittsbeitrag bis zum Jahr 2060 in diesem Szenario um den Faktor 4,3. Aus der demografischen Entwicklung, die sich in einer Sterblichkeitsverbesserung zeigt, ergibt sich ein zusätzlicher Beitragsanstieg bis 2060 um rund 10% (Szenario 0c). Der Rückgang des Rechnungszinses auf 1,5% wirkt nur in den ersten Projektionsjahren. Allerdings führt die geringere rechnermäßige Verzinsung der Mittel zur Beitragsentlastung im Alter auch in den späteren Projektionsjahren zu einem stärkeren Beitragsanstieg. Insgesamt steigt der Durchschnittsbeitrag aufgrund der Rechnungszinssenkung zusätzlich um rund 11% (Szenario 0d). Die beitragsreduzierende Wirkung der Limitierung aus der RfB auf den durchschnittlichen Bestandsbeitrag ist mit rund 2% sehr gering (Szenario 0e). Hierbei ist allerdings zu beachten, dass der Durchschnittsbeitrag auch maßgeblich von den zukünftigen Neuzugängen, in denen die Limitierungsgutschriften noch nicht so stark wirken, beeinflusst wird. Betrachtet man nur die Beitragsentwicklung im aktuellen PKV-Bestand, so ergibt sich die Abbildung 25 in dargestellte Beitragsdynamik.

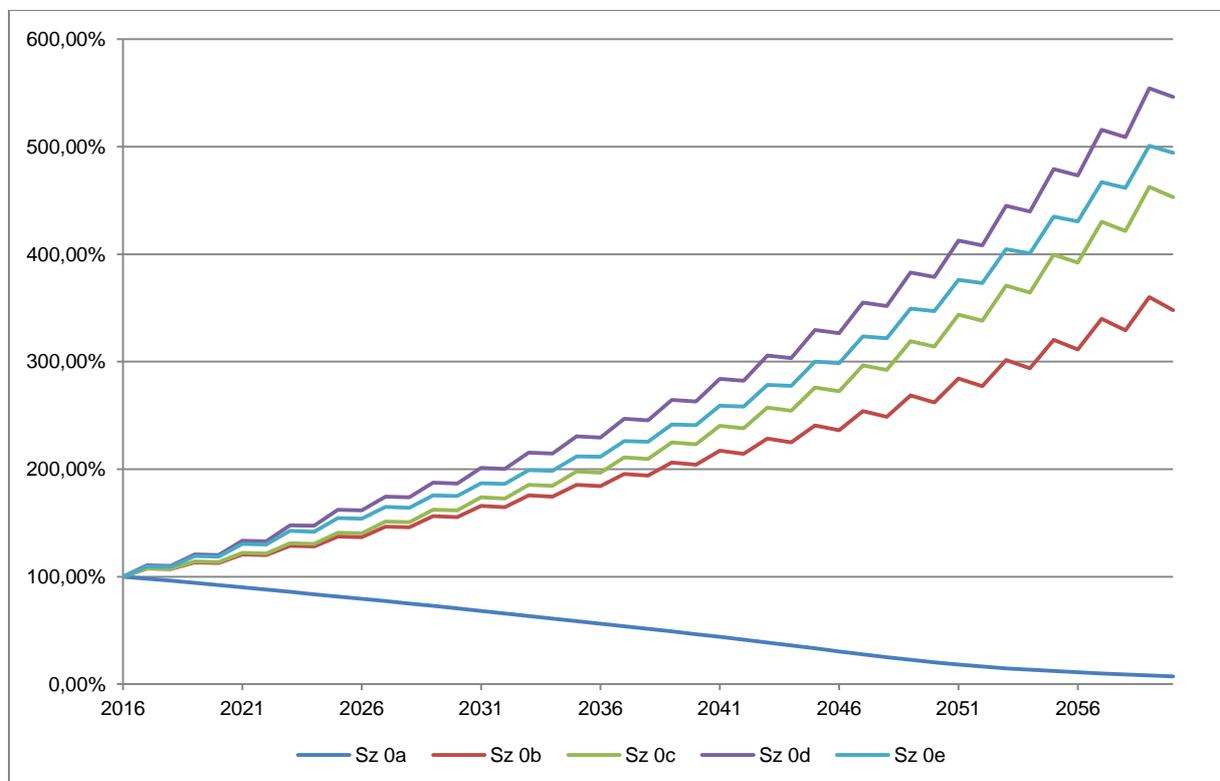


Abbildung 25: Beitragswirkung der einzelnen Rechnungsgrundlagen in der Nicht-Beihilfe (aktueller PKV-Bestand, undiskontiert)

Hier sieht man zum einen eine deutlich stärkere Wirkung der Mittel zur Altersentlastung in späteren Projektionsjahren, in denen der aktuelle PKV-Bestand zum überwiegenden Teil in den Genuss dieser Limitierungsmittel kommt. Dadurch kann die Beitragsdynamik stärker gemildert werden. Allerdings führen insb. die Sterblichkeitsverbesserungen als auch die Rechnungszinsabsenkungen (infolge der geringeren Verzinsung der Rückstellungen zur Altersentlastung) zu deutlich stärkeren prozentualen Beitragssteigerungen im auslaufenden Bestand, da die Beiträge der zukünftigen Neuzugänge, die jünger als der vorhandene Bestand sind, die Durchschnittsbeiträge im Bestand mit Neuzugang reduzieren. Da die RfB-Limitierung überwiegend in höheren Altern wirkt, ergibt sich in Szenario 0e eine entsprechend stärkere Beitragsreduktion.

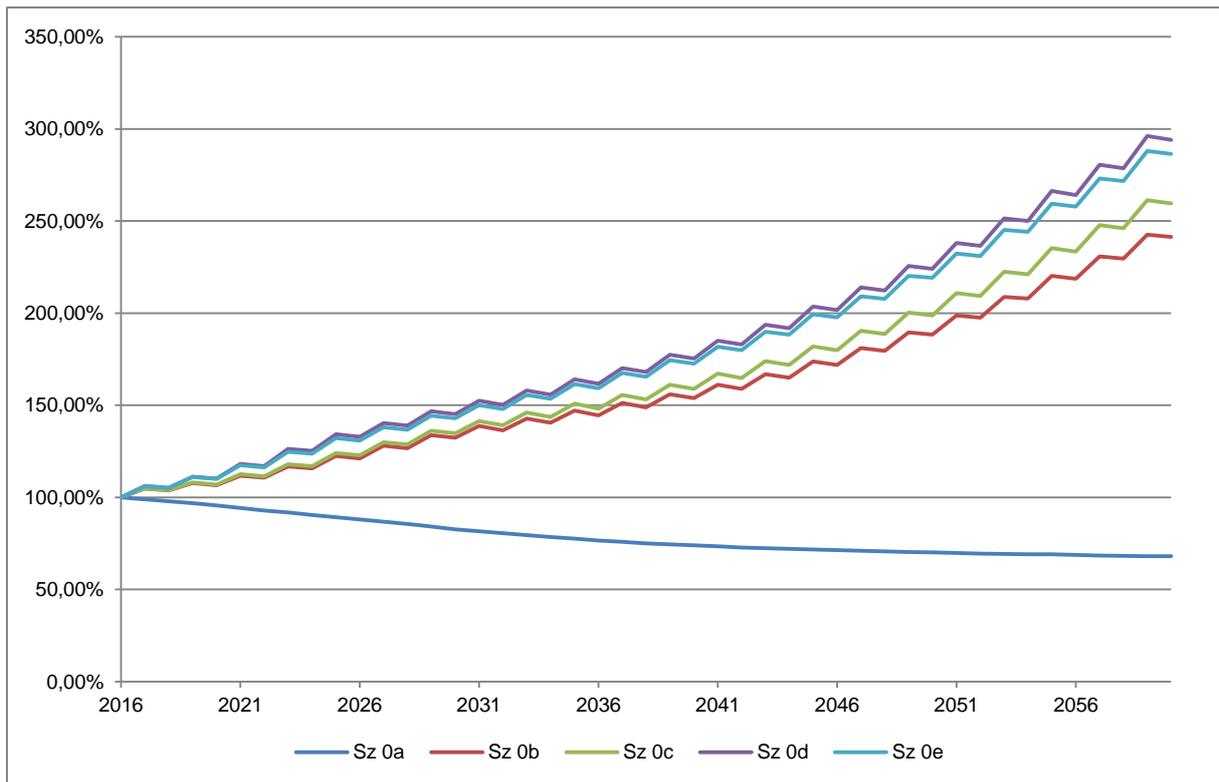


Abbildung 26: Beitragswirkung der einzelnen Rechnungsgrundlagen in der Beihilfe (Gesamtbestand, undiskontiert)

In den Beihilfe-Tarifen sieht man grundsätzlich eine ähnliche Wirkung der Rechnungsgrundlagen auf die Beitragsentwicklung wie in den Nicht-Beihilfe-Tarifen (siehe Abbildung 26 und Abbildung 27). Allerdings führt die Erhöhung des Beihilfesatzes von 50% auf 70% ab Alter 65 zu einer deutlichen Beitragsreduktion, wodurch die Beitragssteigerung bis 2060 in den Beihilfe-Tarifen deutlich moderater ausfällt als in den Nicht-Beihilfe-Tarifen.

Aus diesen zusätzlichen Szenarien, die ausschließlich erläuternden Charakter haben, lassen sich die Beitragsentwicklungen in den betrachteten zehn Szenarien ableiten:

Da der Leistungstrend der stärkste Treiber für die langfristige Beitragsentwicklung ist, hat dementsprechend auch eine Veränderung der jährlichen Leistungstrends um $\pm 0,5\%$ p.a. (Szenarien 2 und 3) den stärksten Einfluss auf die zukünftige Beitragsentwicklung (Veränderung des Durchschnittsbeitrages im Jahr 2060 -20% bzw. +25% in Nicht-Beihilfe).

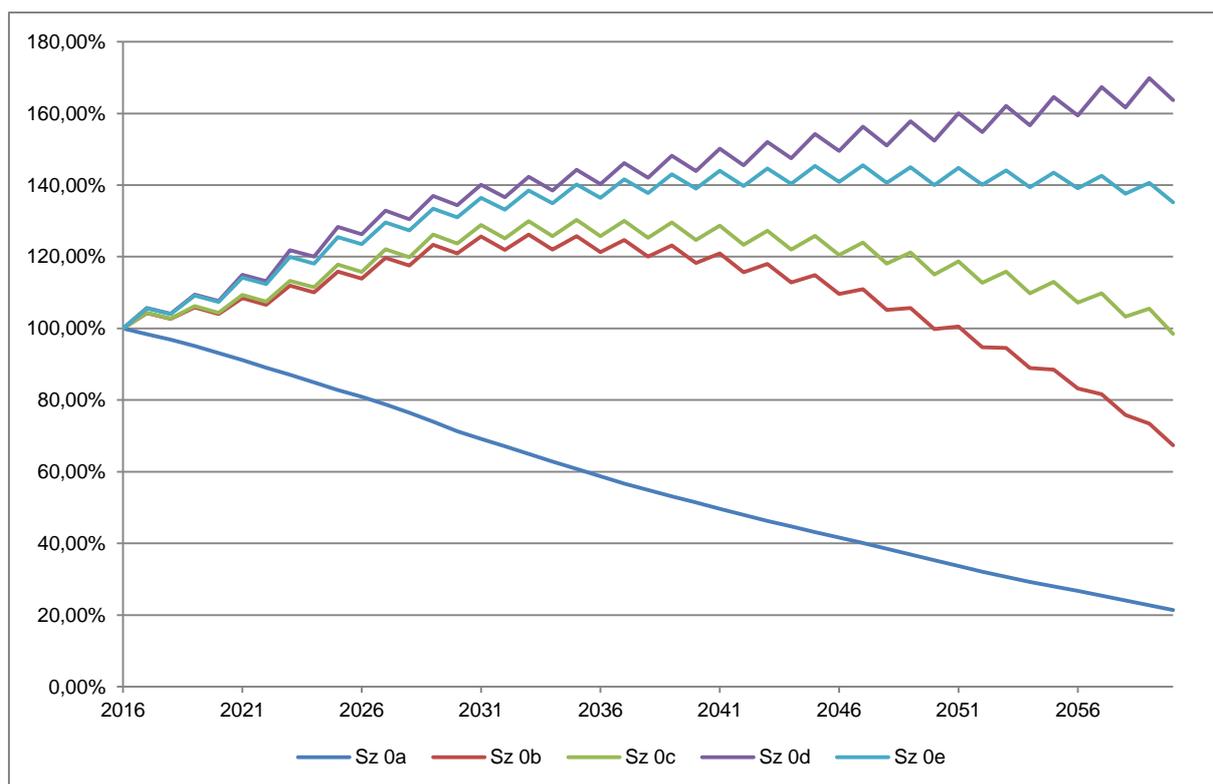


Abbildung 27: Beitragswirkung der einzelnen Rechnungsgrundlagen in der Beihilfe (aktueller PKV-Bestand, diskontiert)

Ein geringerer Überzins führt nur zu einem geringfügig höheren Durchschnittsbeitrag (+ 3%) im Jahr 2060 als im Basis-Szenario (Szenario 4). Zum einen wird die geringere Überzinszuschreibung bei einer gegenüber dem Basis-Szenario unveränderten Überschussverwendungsquote durch eine höhere RfB-Zuführung kompensiert, so dass dieselben Limitierungsgrenzen wie im Basis-Szenario gewählt werden können. Allerdings führen die geringeren Überzinsen zu einer kleineren Rückstellung aus dem 10%-Zuschlag und somit zu geringeren Limitierungen ab Alter 65 bzw. geringeren Beitragssenkungen ab Alter 80 aus dieser Rückstellung. Daher ist die Beitragswirkung aufgrund eines geringeren Überzinses in höheren Altern, z. B. im aktuellen, auslaufenden PKV-Bestand, deutlich erkennbar. Da der Anteil der älteren Versicherten jedoch relativ klein ist, ist die Wirkung auf den Durchschnittsbeitrag gering.

In Szenario 5, bei dem eine Profilversteilerung („Medikalisierung“) angenommen wird, zeigt sich nur ein sehr moderater Anstieg der Durchschnittsbeiträge bis zum Jahr 2060. Gegenüber dem Basis-Szenario ergibt sich eine Beitragssteigerung um rund 5%. Da die Profilversteilerung ab Alter 65 einsetzt, wirkt die Beitragsänderung bei älteren Versicherten stärker. Jedoch ist die Wirkung auch im aktuellen PKV-Bestand deutlich geringer als bei einem Anstieg der medizinischen Inflation um 0,5%-Punkte.

Die Szenarien, in denen sich die Zinsentwicklung günstiger als im Basis-Szenario darstellt, führen gegenüber dem Basis-Szenario zu einer deutlich moderateren Beitragsdynamik (Szenarien 6, 6a, 6b). In Szenario 6 (Anhebung des Rechnungszinses auf 2,5% bis zum Jahr 2040) liegt der Durchschnittsbeitrag im Jahr 2040 um rund 8% unter dem Beitragsniveau des Basis-Szenarios. Durch die größere rechnungsmäßige Verzinsung der Altersentlastungsmittel sind höhere Limitierungen im Alter aus den §150 VAG-Rückstellungen möglich (dies wird z. B. bei einem Beitragsvergleich im aktuellen PKV-Bestand deutlich), wodurch der Durchschnittsbeitrag im Jahr um ca. 9% unter dem des Basis-Szenarios liegt.

In Szenario 6a (Übergang auf einen Rechnungszins in Höhe von 3,5% im Jahr 2040) ist der Durchschnittsbeitrag im Jahr 2040 um rund 15% und im Jahr 2060 um ca. 18% niedriger als im Basis-Szenario (entspricht etwa der doppelten Wirkung aus Szenario 6).

In Szenario 6b führt die geringere Rechnungszinsabsenkung in den ersten Projektionsjahren gegenüber dem Basis-Szenario zu einem geringeren Anstieg des Durchschnittsbeitrages in Höhe von etwa 5% im Jahr 2025. Langfristig ergibt sich wieder derselbe Beitragsvorteil gegenüber dem Basis-Szenario wie in Szenario 6a, da langfristig dieselbe Zinsentwicklung auf die Prämien und Limitierung wirkt.

Im Szenario 7 (T+), in dem zum einen eine höhere Sterblichkeit und zum anderen ein höheres Neugeschäft aufgrund einer höheren Geburtenziffer sowie eines höheren Wanderungssaldos unterstellt wird, liegt der Durchschnittsbeitrag im Jahr 2060 ca. 3% unter dem Basis-Szenario. Dies liegt zum einen an der geringeren Absenkung der Sterbewahrscheinlichkeiten und zum anderen an den besseren Limitierungsmöglichkeiten für ältere Versicherte, da deren Anteil am Gesamtbestand in diesem Szenario geringer ist. Die stärkere Entlastung älterer Versicherter zeigt sich auch darin, dass der Durchschnittsbeitrag für den aktuellen PKV-Bestand um etwa 7% geringer als im Basis-Szenario ist.

Eine weitere Frage im Hinblick auf die Beitragsentwicklung stellt sich bei der Wirkung der Limitierung. Wie das Szenario 0e bereits gezeigt hat, reduziert sich der Durchschnittsbeitrag in 2060 im Nicht-Beihilfe-Bestand lediglich um 2%. Wenn man die Überlagerung aus Neuzugängen (ohne bzw. geringe Limitierung) und Altbestandsbeiträgen (mit Limitierung) ausblendet und nur den aktuellen PKV-Bestand betrachtet, so reduziert der Einsatz von Limitierungsmitteln den Durchschnittsbeitrag in 2060 immerhin um rund 10% (gegenüber einem Durchschnittsbeitrag ohne Limitierung).

In den bisher betrachteten Szenarien wird von der minimalen Überschussverwendungsquote in Höhe von 80% ausgegangen. Wenn man diese nun auf 90% erhöht (Szenario 8), so reduziert sich der Durchschnittsbeitrag in Nicht-Beihilfe-Tarifen im Vergleich zum Basis-Szenario um ca. 2%. Im aktuellen Bestand ist die Wirkung mit einer Reduktion von etwa 11% gegenüber dem Basis-Szenario erwartungsgemäß höher.

4.8.2.6 Ergebnisse der Beitragsentwicklung in der PPV

In der PPV werden insgesamt sieben Szenarien betrachtet (siehe Tabelle 8). Wie in der PKV wird der Einfluss der Leistungs- und der Zinsannahmen sowie der Einfluss der Bestandsentwicklung untersucht. Aus den Anpassungsuntersuchungen der Vergangenheit in der PPV ergibt sich für die Jahre 2005 bis 2016 ein durchschnittlicher Leistungstrend i. H. v. 0,03% (PVN) bzw. -0,65% (PVB). Somit erscheint der hier angesetzte langfristige Leistungstrend i. H. der allgemeinen Inflation von 1,5% als sehr vorsichtig. Eine zusätzliche Erhöhung um 1,75% zur Berücksichtigung des Produktivitätswachstums wie in der Simulation der SPV erscheint nicht gerechtfertigt. Dies zeigt sich auch dadurch, dass der mittlere Arbeitskostenindex, der als Indikator für die Lohnentwicklung genommen werden kann, im Zeitraum von 2005 bis 2016 bei 2,89% und somit deutlich oberhalb des Leistungstrends in der PPV lag.

Tabelle 8: Sieben Szenarien zur Beitragsentwicklung des PPV-Modells

Szenario	Bestand	AUZ	NeZi	Leistungstrend
1	T-	1,50%	2,50%	1,50%
2	T-	1,50%	2,50%	1,00%
3	T-	1,50%	2,50%	2,00%
4	T-	1,50% --> 2,50%	2,50% --> 3,50%	1,50%
4a	T-	1,50% --> 3,50%	2,50% --> 4,50%	1,50%
4b	T-	2,00% --> 3,50%	3,00% --> 4,50%	1,50%
5	T+	1,50%	2,50%	1,50%

Der Einfluss der Rechnungsgrundlagen auf die Beitragsentwicklung lässt sich über die Entwicklung der Bedarfsbeiträge, also der geschlechtsabhängigen Beiträge ohne Stückkosten, beschreiben. Hierzu werden zunächst fünf erläuternde Szenarien betrachtet, die Tabelle 9 zu entnehmen sind.

Tabelle 9: Fünf Szenarien zur Ermittlung der Wirkung der einzelnen Parameter auf das Modell der PPV

Szenario	Bestand	AUZ	Leistungstrend	Sterblichkeit	Limitierung
Sz 0a	T-	3,30%	0,00%	aktuelle q_x	keine
Sz 0b	T-	3,30%	1,50%	aktuelle q_x	keine
Sz 0c	T-	3,30%	1,50%	Anpassung q_x	keine
Sz 0d	T-	langfristig 1,5%	1,50%	Anpassung q_x	keine
Sz 0e	T-	langfristig 1,5%	1,50%	Anpassung q_x	inkl. Limitierung

Dabei ergeben sich die in Abbildung 28 und Abbildung 29 zukünftigen Beitragsverläufe im PVN (Private Pflegeversicherung (Nicht-Beihilfeberechtigte)) und PVB (Private Pflegeversicherung (Beihilfeberechtigte)).

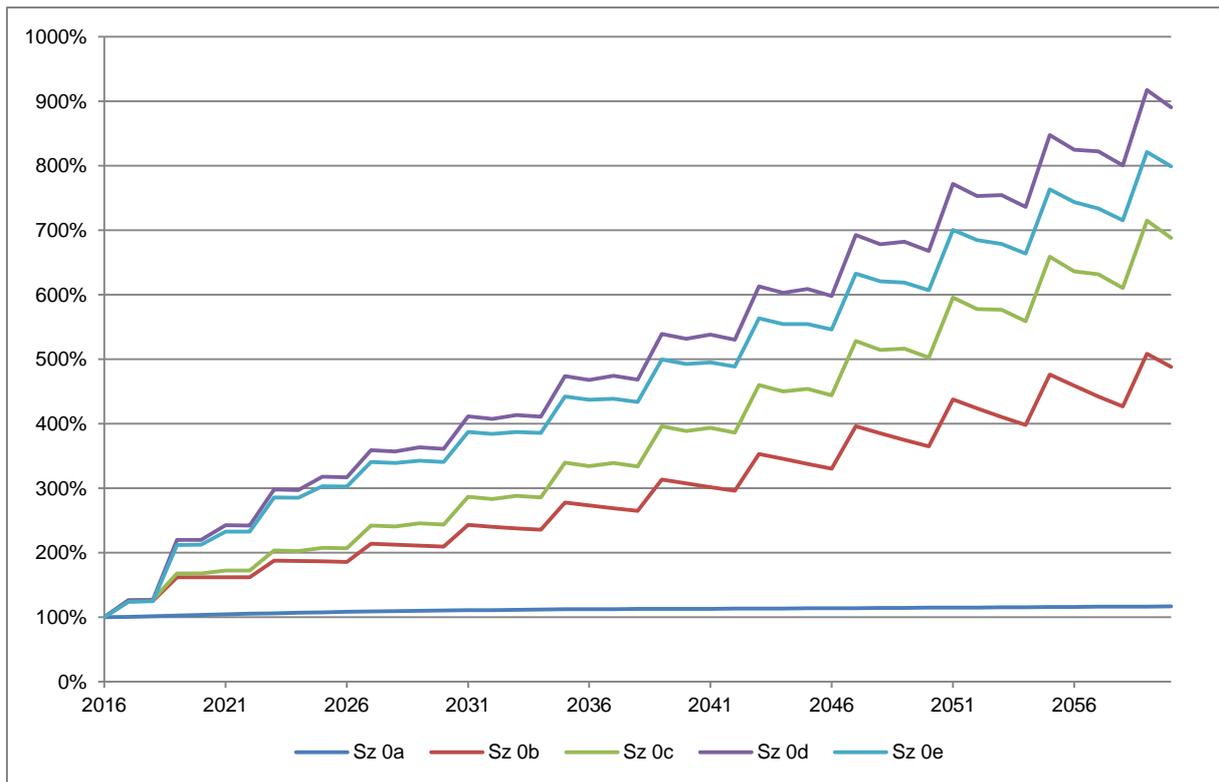


Abbildung 28: Entwicklung des durchschnittlichen Bedarfsbeitrags in der PVN (nicht diskontiert)

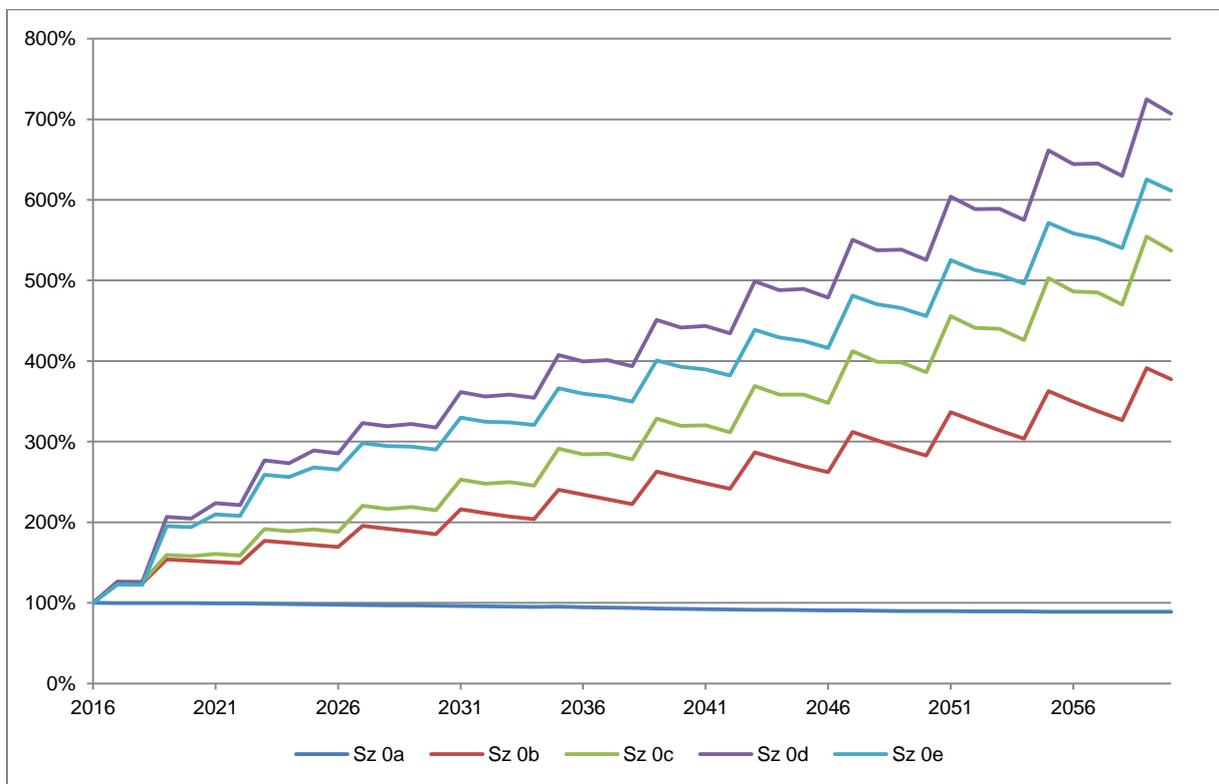


Abbildung 29: Entwicklung des durchschnittlichen Bedarfsbeitrags in der PVB (nicht diskontiert)

Grundsätzlich ist die Entwicklung der Bedarfsbeiträge für PVN und PVB vergleichbar. Aufgrund des höheren Ausscheidens im PVN steigt das Durchschnittsalter im Projektionszeitraum stärker an, wodurch der durchschnittliche Bedarfsbeitrag bis zum Jahr 2060 auch ohne BAP-Wirkung im PVN wächst, während er im PVB leicht sinkt.

Wie in der PKV spielt der Leistungstrend die entscheidende Rolle für die zukünftige Beitragsdynamik. Bis zum Jahr 2060 steigt der PPV-Beitrag dadurch um den Faktor 4,2. Aufgrund des hohen Sparanteils und somit des starken Deckungsrückstellungsaufbaus hat die Sterblichkeitsverbesserung eine wesentlich größere Beitragswirkung in der PPV als in der PKV. Durch die Änderung der Sterbewahrscheinlichkeiten steigt der durchschnittliche Bedarfsbeitrag um ca. 40% (in der PKV nur um 10%). Ähnlich wie die Sterblichkeit wirkt sich auch die Rechnungszins-Absenkung in der PPV mit +30% deutlich stärker beitrags erhöhend aus als in der PKV (+11%). Jedoch ist die demografieabhängige Rechnungsgrundlage Sterblichkeit der größere Beitragstreiber als die Rechnungszins-Absenkung in den ersten Projektionsjahren. Durch den Einsatz von Mitteln aus der PPV-Pool-RfB kann der durchschnittliche Bedarfsbeitrag um rund 10% gesenkt werden.

Insgesamt erhöht sich der durchschnittliche Bedarfsbeitrag (ohne Diskontierung) bis zum Jahr 2060 im PVN um den Faktor 8 und im PVB um den Faktor 6,1.

Die Entwicklung der Zahlbeiträge in der PPV lässt sich grundsätzlich aus der Entwicklung der Bedarfsbeiträge erklären. Aufgrund der geringeren Dynamik der Stückkosten liegt die Steigerung der Zahlbeiträge unter der der Bedarfsbeiträge. Abbildung 30 und Abbildung 31 zeigen den Verlauf der Durchschnittsbeiträge im PVN und PVB bis zum Jahr 2060.

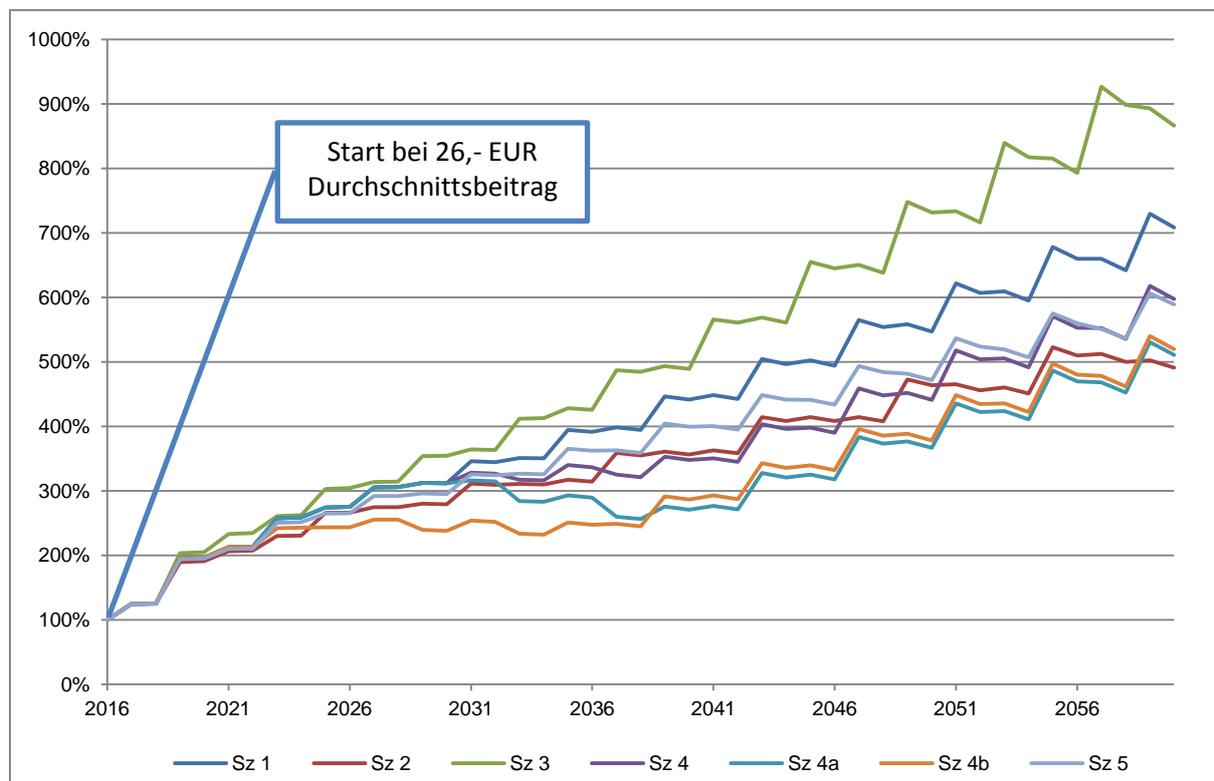


Abbildung 30: Entwicklung der „undiskontierten“ Zahlbeiträge in der PVN. Dabei sind die 100% gleichzusetzen mit einem Durchschnittsbeitrag von 26 EUR.

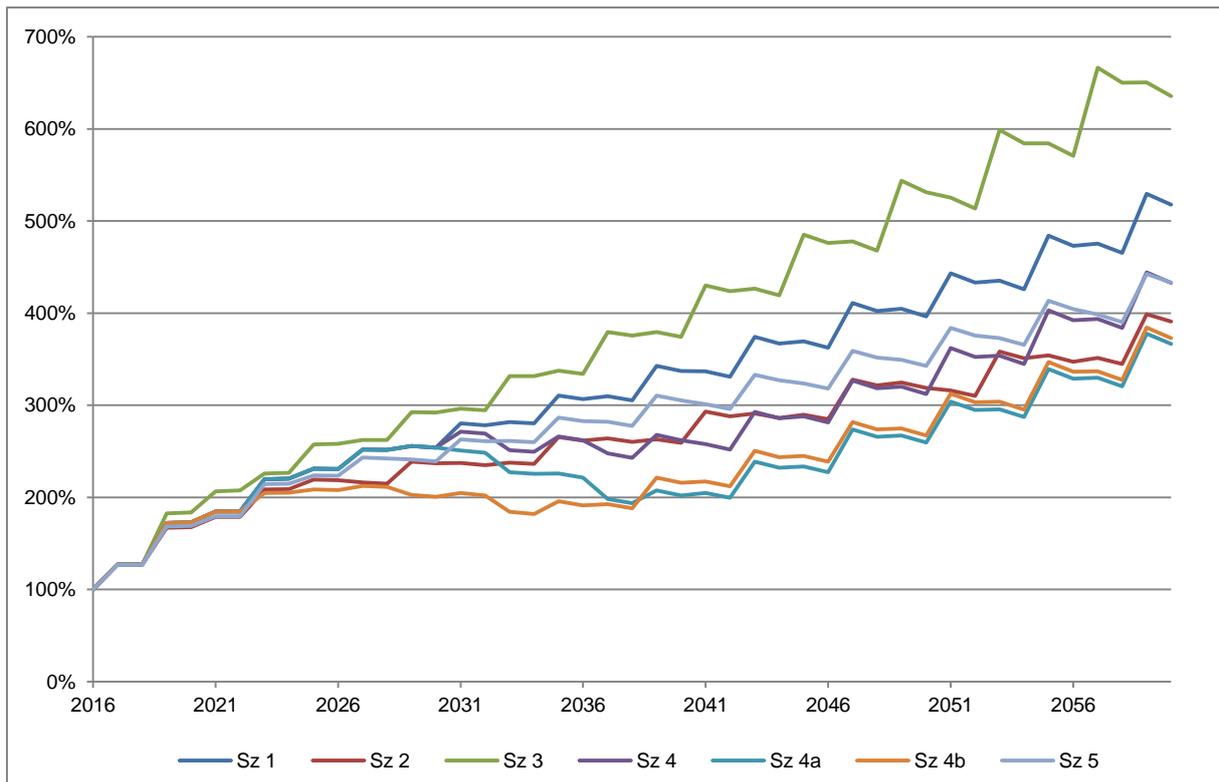


Abbildung 31: Entwicklung der „undiskontierten“ Zahlbeiträge in der PVB

Um die Ergebnisse mit der Beitragsentwicklung in der SPV vergleichbar zu machen, kann man – wie in der PKV – die Beiträge mit einer allgemeinen Inflation in Höhe von 1,5% p.a. „diskontieren“. Dadurch ergeben sich die in Abbildung 32 und Abbildung 33 gezeigten Beitragsverläufe im PVN und PVB.

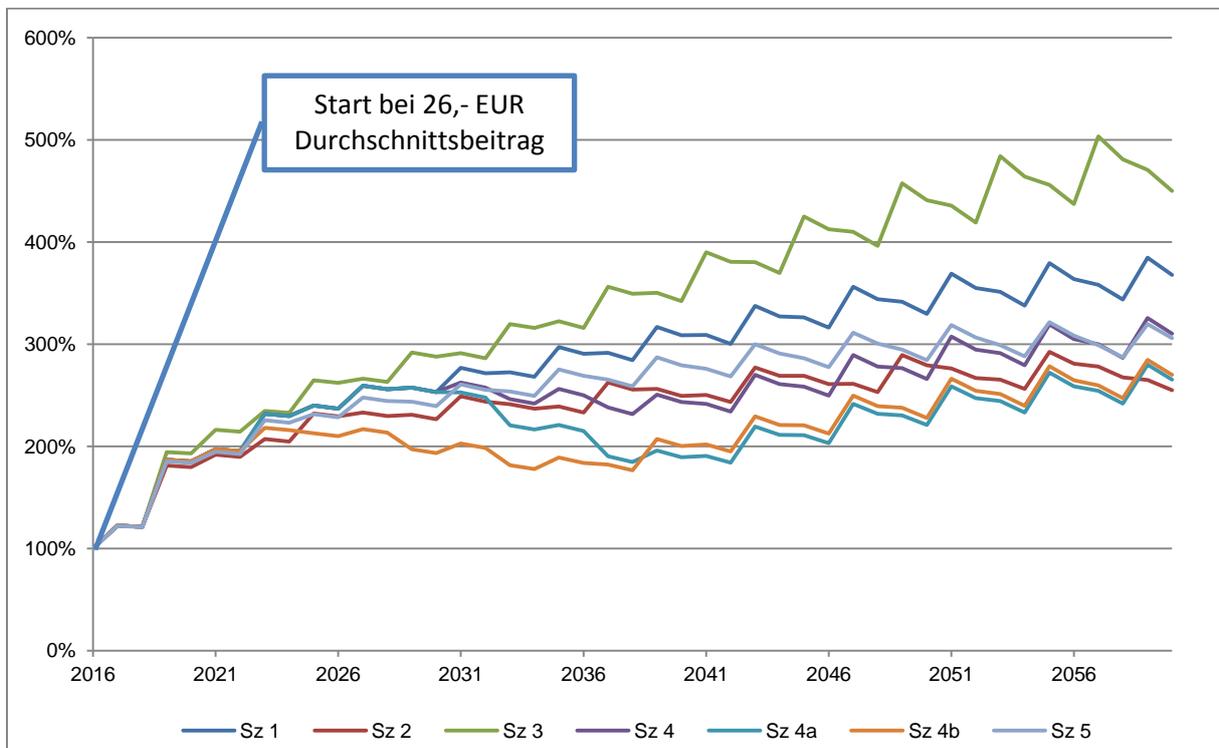


Abbildung 32: Entwicklung der „diskontierten“ Zahlbeiträge in der PVN. Dabei sind die 100% gleichzusetzen mit einem Durchschnittsbeitrag von 26 EUR.

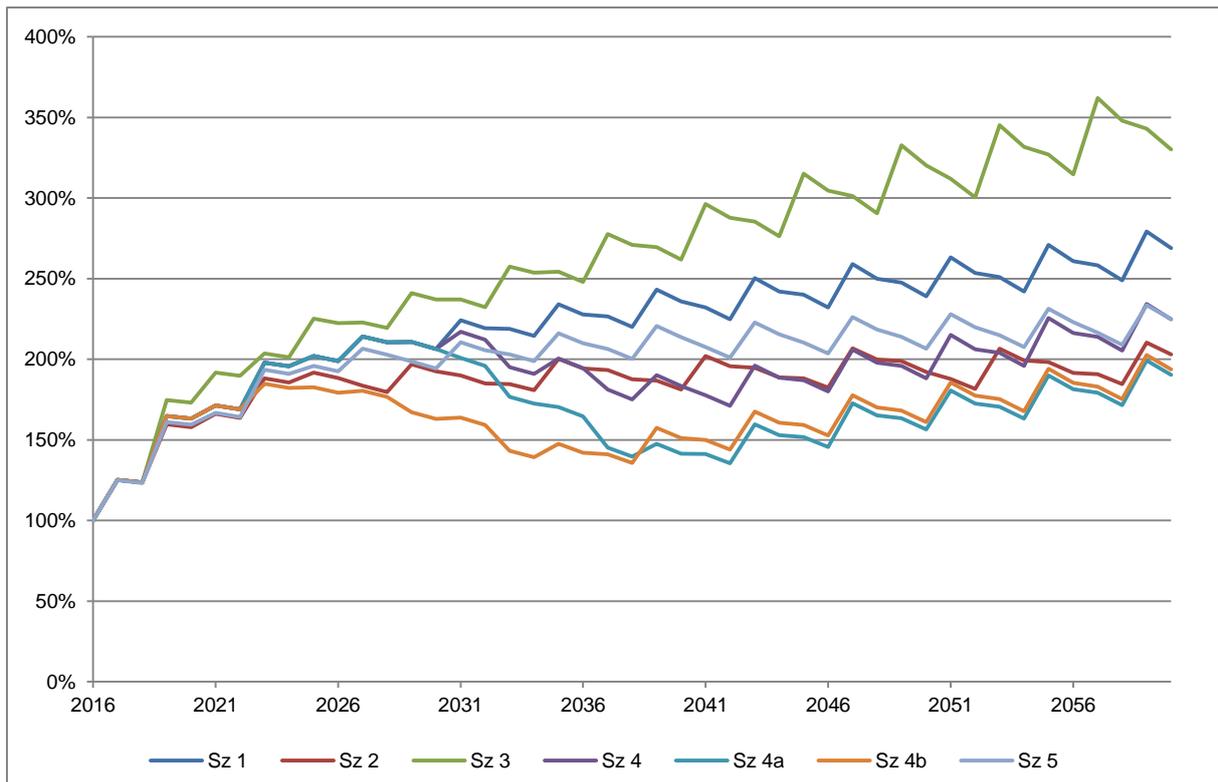


Abbildung 33: Entwicklung der „diskontierten“ Zahlbeiträge in der PVB

Aufgrund der Rechnungszinssenkung auf 1,50% in den ersten Projektionsjahren steigt der Durchschnittsbeitrag bis zum Jahr 2025 überdurchschnittlich stark. Danach ergibt sich eine Erhöhung durch die kontinuierliche Leistungsentwicklung sowie die Sterblichkeitsverbesserung. Insgesamt steigt der Durchschnittsbeitrag bis zum Jahr 2060 im PVN um den Faktor 7,1 (diskontiert: 3,7) und im PVB um den Faktor 5,2 (diskontiert: 2,7).

Neben der Beitragsentwicklung spielt in der PPV auch die Höhe der Umlage zur Finanzierung von Beitragskappungen (z. B. Beitragsfreiheit für Kinder / Jugendliche, Begrenzung auf den gesetzlichen Höchstbeitrag) eine wichtige Rolle. Insbesondere stellt sich die Frage, ob die Umlage dauerhaft trotz Absenkung des Rechnungszinses (Anstieg des Bedarfsbeitrages) und Alterung der Bevölkerung (Rückgang des Teilbestandes, der die Umlage bezahlen kann) die vorgesehenen Beitragskappungen finanzieren kann. Dabei wird eine Veränderung des SPV-Höchstbeitrages gemäß den Ergebnissen aus Abschnitt 4.8.1.9 berücksichtigt. Wichtig sind dabei die Modellierung sowie der Einsatz der PPV-Pool-RfB, da hierdurch der Bedarfsbeitrag limitiert und somit der Umlagebedarf gesenkt werden kann. Exemplarisch zeigen Abbildung 34 und Abbildung 35 die Entwicklung der Umlage und der PPV-Pool-RfB im Basis-Szenario.

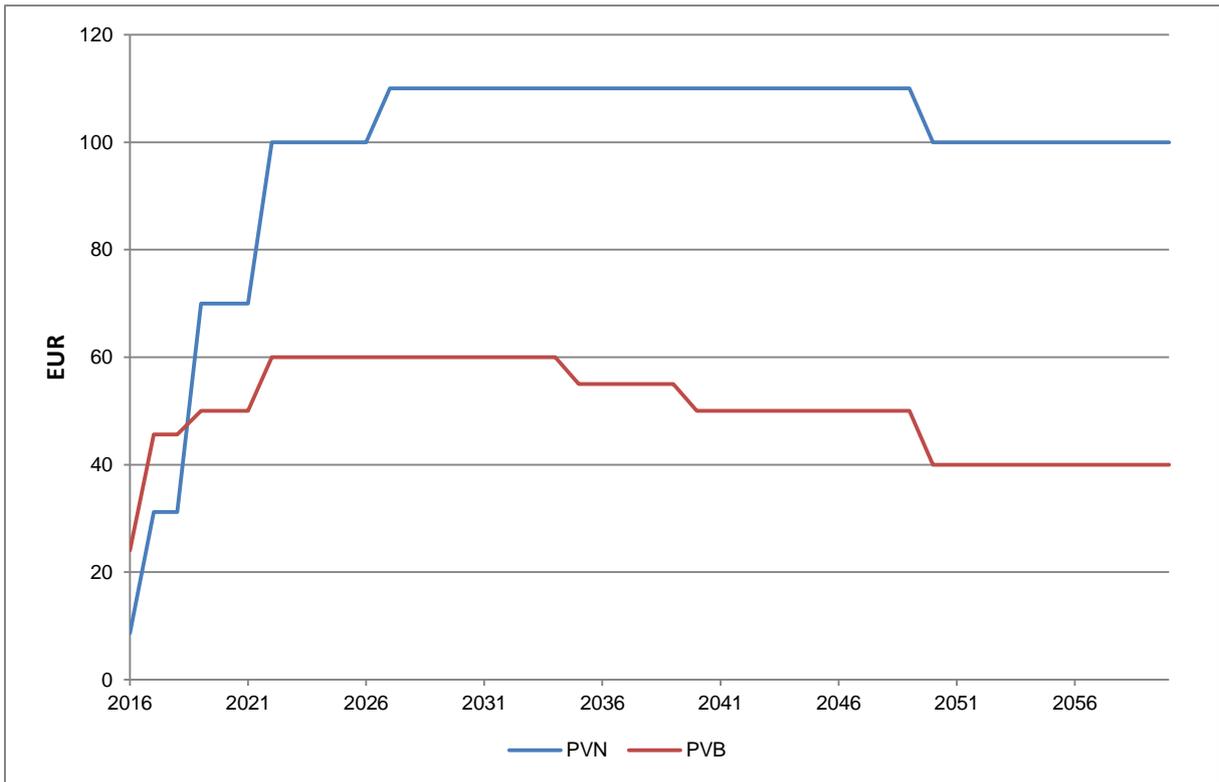


Abbildung 34: Entwicklung der Umlage im Basis-Szenario

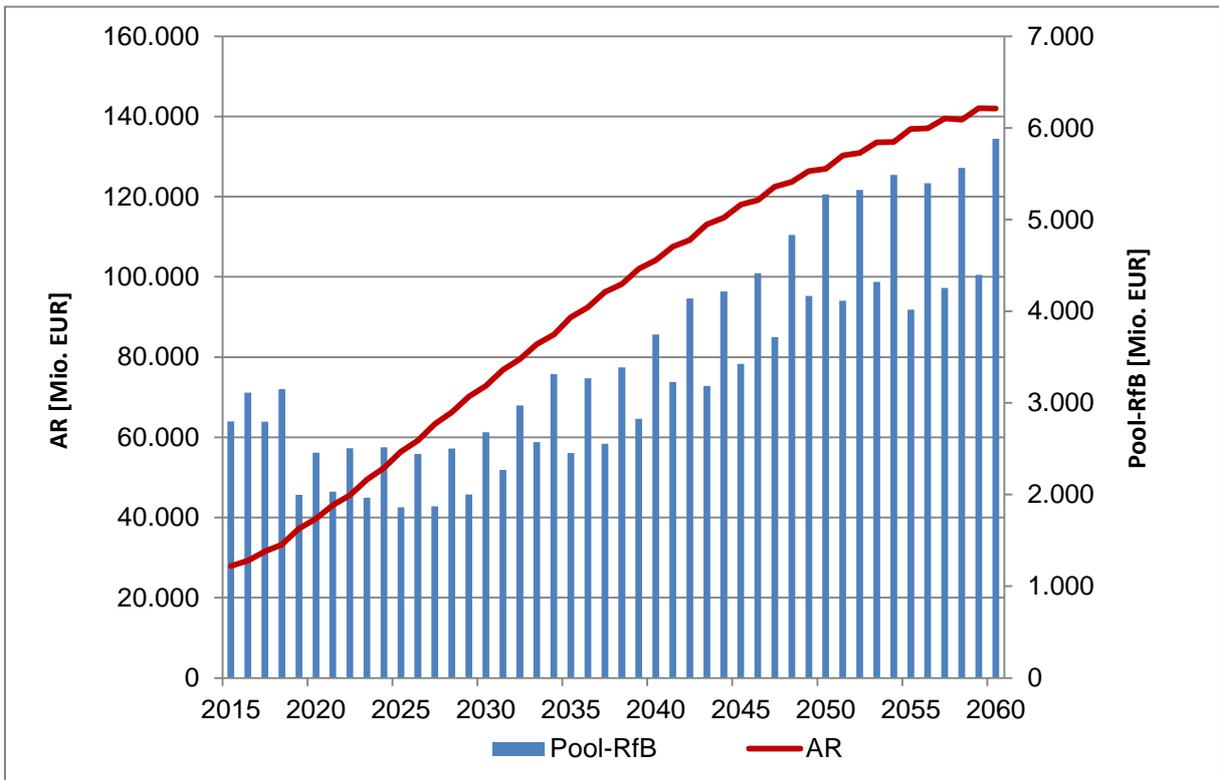


Abbildung 35: Entwicklung der PPV-Pool-RfB und PPV-Alterungsrückstellung (AR) im Basis-Szenario

Durch die starke Rechnungszins-Absenkung in den ersten Projektionsjahren steigt der Bedarfsbeitrag trotz Limitierung aus der Pool-RfB stark an. Dies hat zur Folge, dass die

Umlage ebenfalls relativ stark steigen muss, da ein kleinerer Teil des PPV-Bestandes einen höheren Umlagebedarf befriedigen muss. In späteren Jahren bleibt die Umlage weitestgehend stabil. Zu Projektionsende führt eine veränderte Bestandsmischung (insbesondere ein günstigeres Verhältnis aus Kindern, deren Beitrag komplett umgelegt wird, zu Erwachsenen) zu einem leichten Rückgang des Umlagebetrages.

Die Szenarien 2 und 3 verdeutlichen die starke Abhängigkeit der Beitragsentwicklung von der Leistungsentwicklung. Eine Veränderung des Leistungstrends um $\pm 0,5\%$ -Punkte führt zu einer Beitragsveränderung um rund $\pm 25 - 30\%$ im Jahr 2060. Die Umlagefinanzierung der Beitragskappungen ist auch in diesen Szenarien möglich.

Die Sensitivitäten zur Rechnungszins-Entwicklung (Szenario 4, 4a, 4b) zeigen ebenfalls den erwarteten Beitragsverlauf. In Szenario 4, in dem der Rechnungszins langfristig auf 2,50% ansteigt, führt die Rechnungszins-Anhebung sogar zu Beitragssenkungen zwischen 2030 und 2040, da zum einen die Leistungsentwicklung kompensiert und zum anderen sogar die Umlage gesenkt werden kann. Bis zum Jahr 2060 reduziert sich der Durchschnittsbeitrag um ca. 15% im Vergleich zum Basis-Szenario. Bei einer langfristigen Anhebung des Rechnungszinses auf 3,50% (Szenario 4a) verstärken sich die beitragsentlastenden Effekte und es ergibt sich im Jahr 2060 eine Verringerung des Durchschnittsbeitrages gegenüber dem Basis-Szenario um etwa 30%.

In Szenario 4b sinkt der Rechnungszins in den ersten Projektionsjahren nur auf 2,00%, wodurch der Durchschnittsbeitrag deutlich weniger stark ansteigt (Durchschnittsbeitrag liegt im Jahr 2025 um etwa 10% unter dem Basis-Szenario). Die anschließende Rechnungszins-Anhebung auf 3,50% bis zum Jahr 2035 führt dazu, dass der PPV-Beitrag über mehr als zehn Jahre nahezu unverändert bleibt, da die Leistungssteigerungen durch die Rechnungszins-Anhebung sowie durch mehrere Umlagesenkungen kompensiert werden können. Im Jahr 2060 ergibt sich dann ein Beitragsniveau wie in Szenario 4a, also rund 30% unter dem des Basis-Szenarios.

In Szenario 5 (T+) reduziert sich der Durchschnittsbeitrag im Jahr 2060 um ca. 16% im Vergleich zum Basis-Szenario. Dies liegt zum einen an der geringen Sterblichkeitsverbesserung, wodurch die rechnungsmäßigen Sterbewahrscheinlichkeiten nicht so stark abgesenkt werden müssen. Zum anderen führt die höhere Sterblichkeit dazu, dass das Durchschnittsalter im Bestand sinkt und sich somit der Umlagebedarf in den späteren Projektionsjahren reduziert. Insgesamt führt also dieser demografische Effekt – ähnlich wie in der SPV – zu einer langfristigen Entlastung des Beitragsniveaus.

5 Ergebnisse der Prio-2-Aktivität

Die Prio-2-Aktivität baut auf den entwickelten Modellen der GKV- und PKV-Szenariorechnungen auf. Neben den in Abschnitt 2 laut Auftrag des Ausschuss Kranken erwähnten Themen wurden noch weitere Punkte für die Prio-2-Aktivität diskutiert. Eine Übersicht über die Themen, welche weiter verfolgt wurden und die Begründung hierzu findet sich in Tabelle 10.

Tabelle 10: Zusammenstellung möglicher Priorität 2 – Themen

Nr.	Thema	Befassen?	Begründung
1	Brexit – Fachkräfte kommen aus Großbritannien	Nein	Zu geringe Wirkung
2	Auf Basis der Hochrechnungen und Szenarien aus Prio 1 weitere Quantifizierungen des künftigen Gesundheitsmarkts (z. B. Pflegebedürftige und Pflegekräfte) vornehmen	<u>Ja</u>	Um ein besseres Verständnis der Entwicklung zu ermöglichen
3	Untersuchung von Kaufkraft: wie wirken sich Beitragshöhen darauf aus? (Wird der BIP-Anteil zu groß, muss anders reagiert werden.)	<u>Ja</u>	Finanzielle Wirkung bei Versicherten soll dargestellt werden
4	Wirkung von Prävention (wie wirkt es, wenn die Endalter-Kosten später einsetzen und sich dabei die Lebenserwartung erhöht)	Nein	Annahmen für Präventionswirkung können nicht belegt werden
5	Wie wirken Veränderungen bei der Zahl der Raucher und Fortschritte bei der Bekämpfung von Volkskrankheiten?	Nein	Wäre Literaturstudium
6	Untersuchung einer starken Erhöhung der Lebenserwartung – Frage nach der medizinisch-biologischen Altersgrenze	Nein	Nicht Gegenstand Ausschuss Kranken
7	Untersuchung der Auswirkung von Kompression	Nein	Annahmen können nicht belegt werden
8	Welche Auswirkungen hat eine Altersabhängigkeit der medizinischen Inflation (Versteilerung der Profile)	Nein	Gehört noch zu Prio 1
9	Wie wirkt ein verstärkter PKV-Bestandskundenwettbewerb (Übertragungswert) bzw. ein verstärkter Wettbewerb GKV-PKV (z.B. über Kosten- und Leistungsmanagement)	Nein	Nicht quantifizierbar / nicht Demografie-bezogen

10	Auswirkungen einer eventuell drohenden verbreiteten Altersarmut – Kleinstrenten als Basis in der GKV, Steigerungen im Notlagentarif in der PKV	Nein	Im Modell lediglich Durchschnittsrenten, hier wären aber Annahmen an die Mindestrente nötig
----	--	------	---

Es wurden zwei Themen herausgearbeitet, die weiter untersucht werden sollen. Die Ergebnisse werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

5.1 Quantifizierungen des künftigen Gesundheitsmarkts

5.1.1 BIP-Anteil des Gesundheitsmarkts

Im Jahr 2015 lag der GKV/SPV-Anteil vom BIP in Deutschland bei ca. 8%. In den drei Basisszenarien („T-“, „T+“, „T+, W3“) steigt der Anteil am BIP auf 11% bis 12,5%. Bei einem MTF von 0,4% sowie einer SES von 0,5% wäre ein Anteil von über 17% am BIP denkbar (siehe Abbildung 36). Somit wird es in Zukunft umso mehr erforderlich sein, an kostendämpfenden Maßnahmen zu arbeiten.

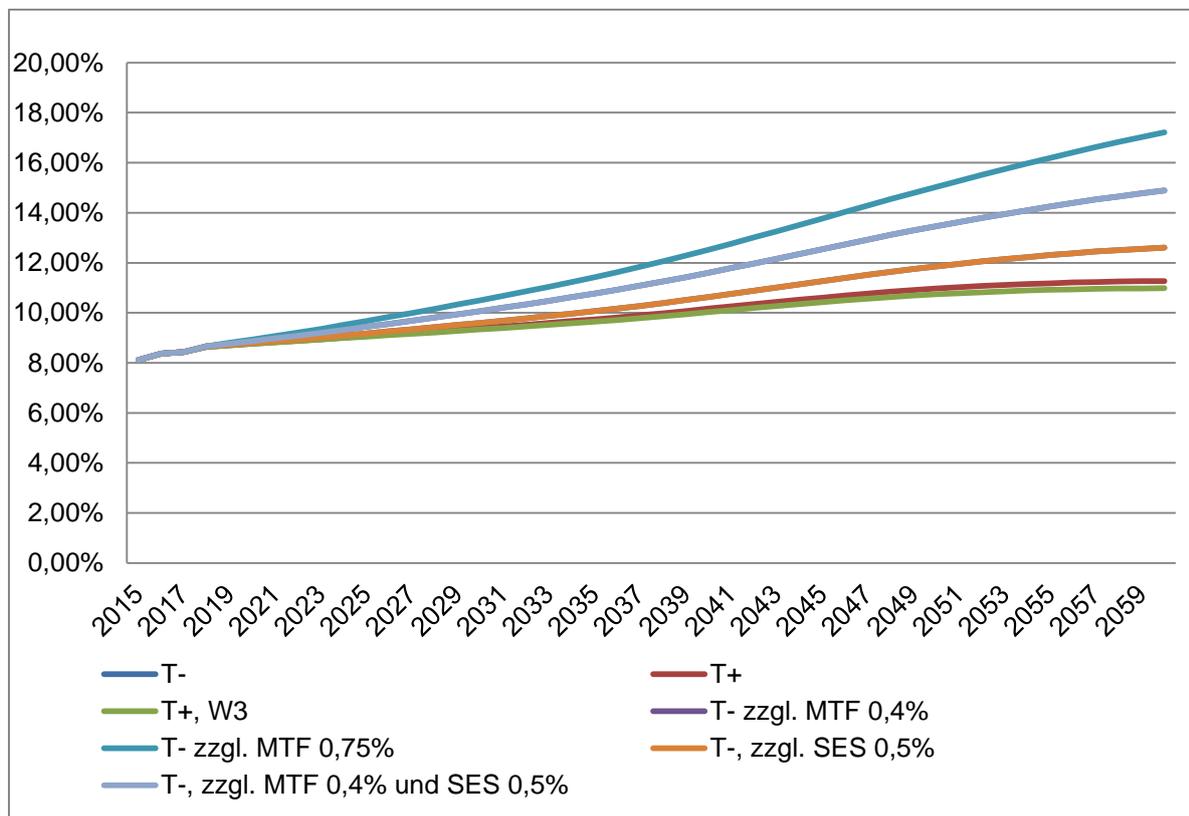


Abbildung 36: Szenariorechnung von GKV- und SPV-Anteil am BIP

5.1.2 Entwicklung der Pflege

Im Jahr 2015 gab es ca. 3 Mio. Pflegebedürftige in Deutschland. Im Fall der Szenarien „T+“ und „T+, W3“ werden ca. 5,3 Mio. Bürger im Jahr 2060 Pflegebedürftig sein. Geht man von einer Entwicklung wie im Szenario „T-“ aus, so würden es im Jahr 2060 mehr als 5,9 Mio. Pflegebedürftige geben (siehe Abbildung 37).

Geht man von dem heutigen Personalstandard für die Pflege aus (also keine Automatisierung der Pflege), muss, um die Vielzahl an Pflegebedürftigen adäquat zu versorgen, auch mehr Personal in der Pflege eingesetzt werden. Während heute ca. 310.000 Personen (Fachkräfte, Vollzeitäquivalente) in der Pflege arbeiten, müsste die Personaldecke ja nach Szenario auf etwa 580.000 bis 610.000 ausgebaut werden (siehe Abbildung 38). Aufgrund der sinkenden Bevölkerungszahl in Deutschland und einhergehend damit auch einer sinkenden Zahl an Erwerbstätigen, steigt der Anteil der Pflegenden an allen Erwerbspersonen von ca. 0,6 % in 2015 auf einen Bereich zwischen 1,4% bis 1,8% in 2060 (siehe Abbildung 39).

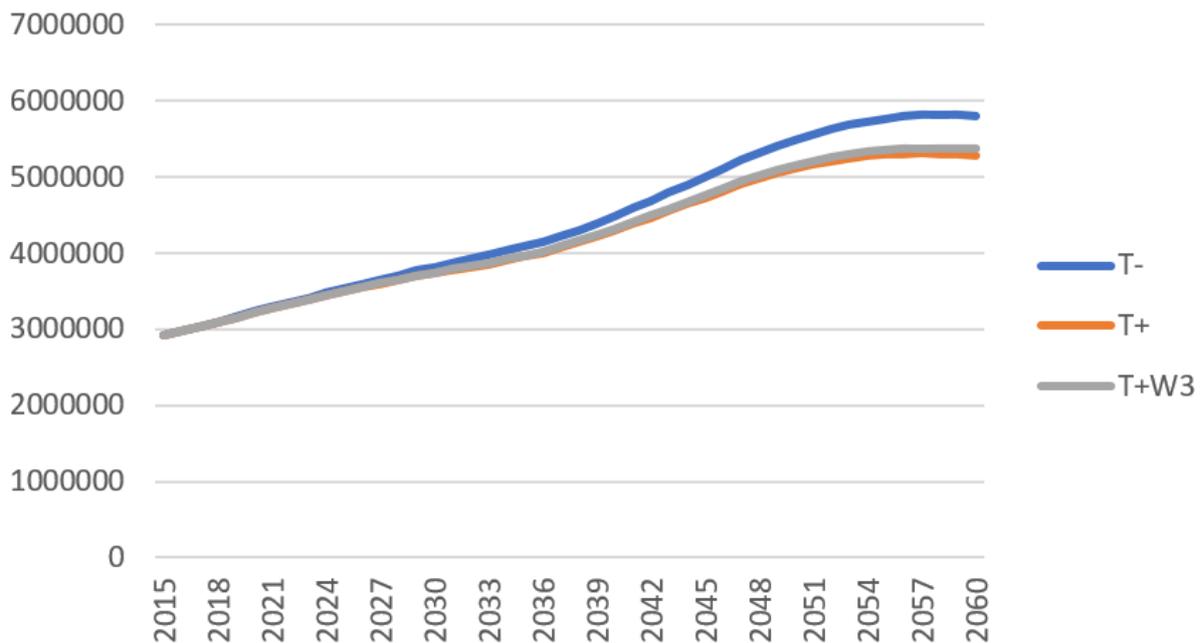


Abbildung 37: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen

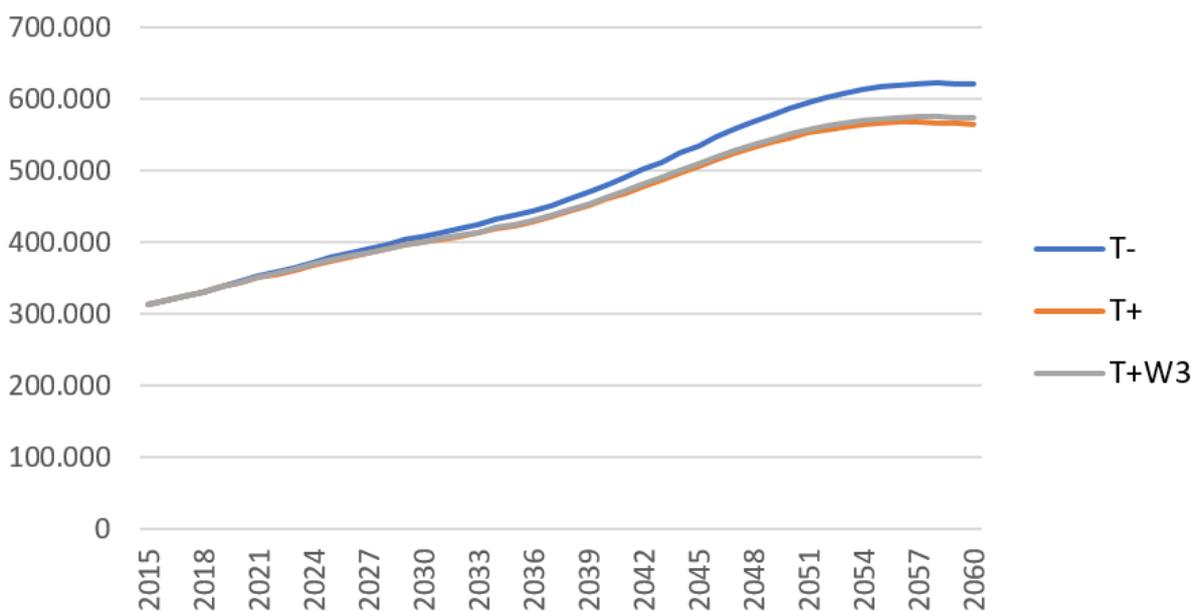


Abbildung 38: Entwicklung des Pflegepersonals (abs.)

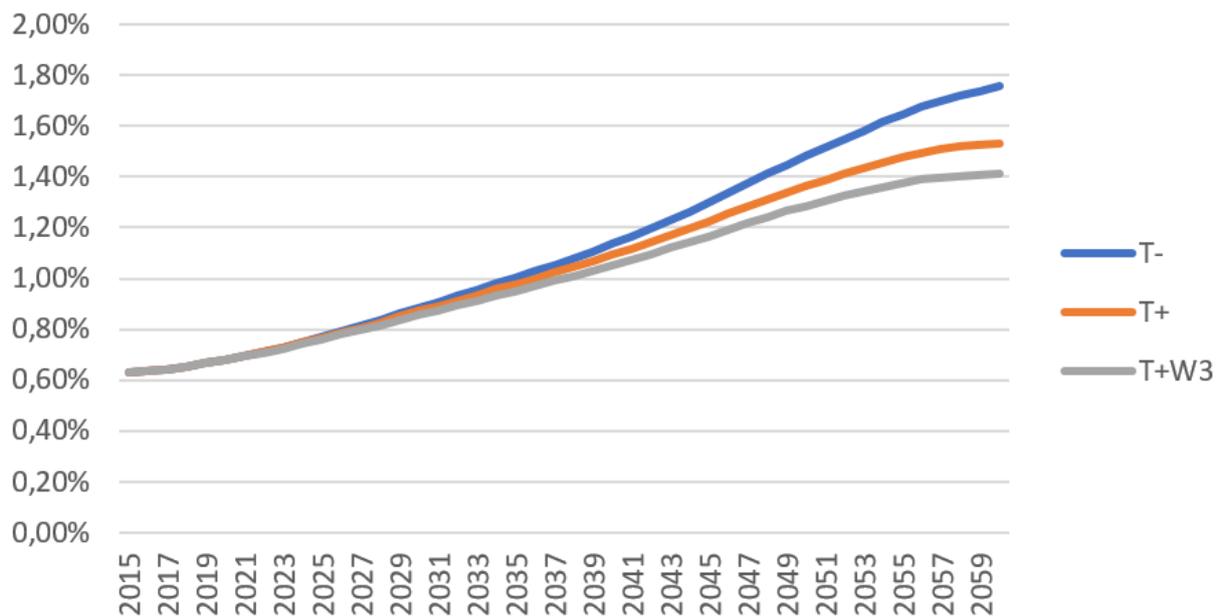


Abbildung 39: Entwicklung des Pflegepersonals (Anteil an Erwerbspersonen)

5.2 Untersuchung der langfristigen Anlage beim Kapitaldeckungsverfahren

Systembedingt werden in der PKV/PPV Alterungsrückstellungen sowie RfB-Mittel über die Zeit aufgebaut und somit kommt es zu einer Ansammlung von Kapital. Dieses Kapital wird auf dem Kapitalmarkt investiert und es wäre vorstellbar, dass dieses Kapital ein Volumen erreicht, das einen größeren Einfluss auf die gesamten Märkte hätte bzw. nicht mehr angelegt werden kann.

Die Szenarien bis 2060 zeigen allerdings, dass das Kapitalvolumen inflationsbereinigt die 430.000 Mio. nicht übersteigt, was eine Folge der sinkenden Bevölkerung und damit verbundenen Rückgang in den Beständen in der PKV zusammen mit einer alternden Bevölkerung, die ab 2030 mit der Auflösung der AR beginnt, ist. Somit wird zu keiner Zeit ein Volumen erreicht, das große negative Auswirkungen auf den Kapitalmarkt haben kann (siehe Abbildung 40).

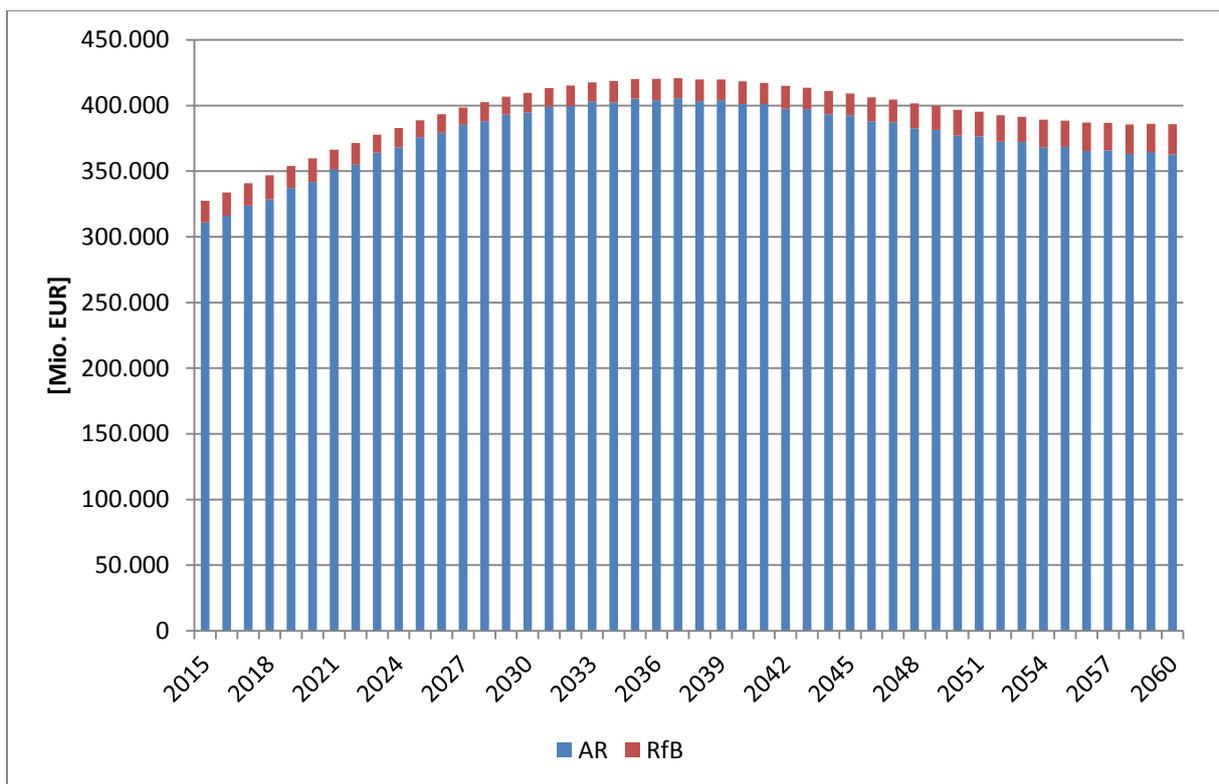
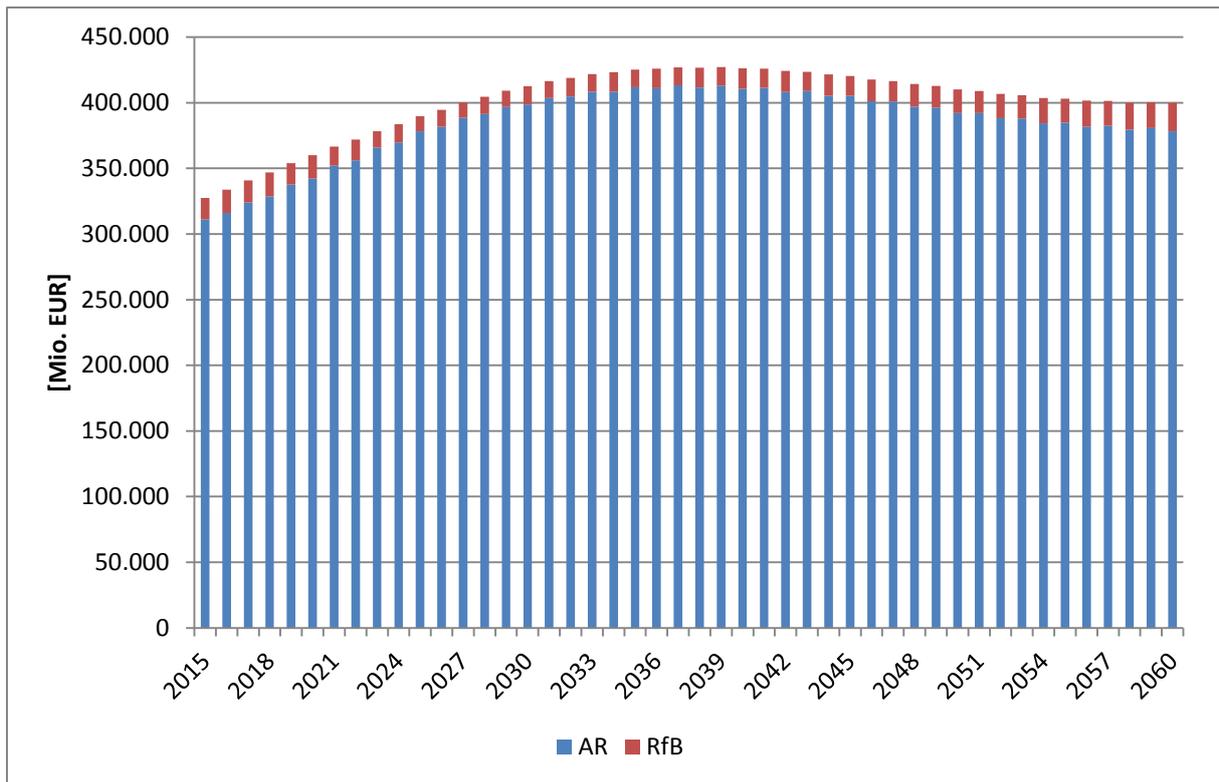


Abbildung 40: Entwicklung der AR und der RfB (diskontiert) für das Szenario T- (oben) und Szenario T+ (unten)

6 Fazit

Im Fokus dieser Arbeitsgruppe stand die Untersuchung der demografischen Veränderung in Deutschland und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Dabei diente der Tragfähigkeitsbericht als Basis für die eigenen Szenariorechnungen. Es steht außer Frage, dass sich unsere Gesellschaft aufgrund des demografischen Wandels vor großen Herausforderungen befindet. So ist seit Anfang der 1960er Jahre ein Absinken der Geburtenzahlen zu beobachten (wobei sich diese Zahl in den letzten Jahren leicht erholt hat). Gepaart mit einem stetigen Voranschreiten des medizinischen Fortschritts, der uns immer mehr ermöglicht, ein höheres Alter zu erreichen, führen beide Effekte zusammen zu einer stärkeren Alterung der Gesellschaft. Dies verändert die Gesellschaft so, dass immer weniger Junge immer mehr älteren Menschen gegenüber stehen. Die untersuchten Veröffentlichungen zeigen, dass dieser Effekt schlicht auch mit einer weiter steigenden Geburtenzahl oder einer weiter hohen Migration nicht verhindert werden kann. Somit gibt es keine Möglichkeit als bereits heute die Weichen für eine zukunftssichere Finanzierung der Sozialsysteme zu stellen.

In einem regelmäßigen Turnus erscheint vom Bundesministerium für Finanzen der Tragfähigkeitsbericht, der die langfristige Entwicklung des öffentlichen Haushalts beleuchtet. Während der Tragfähigkeitsbericht vorwiegend Engpässe in der Finanzierung der Renten aufdeckt, erscheint das Finanzierungskonzept in der GKV weniger stark von der demografischen Veränderung abhängig zu sein. Bei der Untersuchung der Modellannahmen erscheinen diese allerdings eher als moderat optimistisch.

Betrachtet man als einen Teil des Sozialsystems die Krankenversicherung, so zeigen unsere Szenariorechnungen, dass sowohl die GKV, als auch die PKV weniger stark auf die demografische Veränderung reagieren. Wird lediglich die demografische Veränderung der Gesellschaft betrachtet, so steigen die GKV-Leistungsausgaben zwischen 28-36 % bis 2060. Blendet man einen Leistungstrend im PKV-Modell aus und behält die aktuellen Rechnungsgrundlagen aufgrund fehlender Beitragsanpassungen bei, so ist der Effekt zu beobachten, dass aufgrund Ausschüttungen von Mitteln aus Überzinsen sowie dem Wegfall des 10%-Zuschlags ab 65 leicht sinkende Beiträge zu beobachten sind. Bei beiden Modellen stellen sich nur geringe Unterschiede in den Szenarien da, wenn anstelle des T- das T+-Bevölkerungsszenario verwendet wird, wobei im Fall von T+ leicht günstigere Szenarien erzielt werden.

Private und Gesetzliche Krankenversicherung sind allerdings schwierig zu vergleichen, da sie vom System her gänzlich verschieden aufgebaut sind. So handelt es sich bei der GKV bekanntermaßen um ein von den beitragspflichtigen Einkommen abhängiges Umlagesystem, während es in der PKV personenbezogene Prämiensätze gibt und jeder Versicherte individuelle Alterungsrückstellungen aufbaut.

Besonders positiv auf die PKV würde sich vor allem eine Zinserholung auswirken. Hier gilt: Je früher desto besser. Eine Zinserholung in den langfristigen Szenarien auf einen AUZ von 2,5% und einen Nettozins von 3,5% hätte einen Anstieg der Beiträge um den Faktor 2,4 zur Folge, was bis zum Jahr 2060 inflationsbereinigt einen Beitragsanstieg von 2% pro Jahr bedeuten würde. Eine stärkere Erholung der Zinssätze (AUZ 3,5%, Nettozins 4,5%) würde eine weitere Dämpfung der Beitragsentwicklung auf lediglich einen Faktor von 2,2 bedeuten.

Maßgeblich reagiert das PKV-System darüber hinaus auf eine erhöhte Kostenentwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts (MTF). So ist eine Beitragsentwicklung in der PKV um den Faktor 3,4 mit einem inflationsbereinigten Zinssatz möglich (Leistungstrend pro Jahr von

3,5%). Während eine Versteilerung der Profile in der PKV, was in etwa einer Medikalisation also höheren Leistungskosten im Alter gleich kommt, einen geringen Effekt auf die Beitragsentwicklung hätte. Eine Kostendämpfung durch eine um 0,5%-Punkte gesenkte medizinische Inflation hätte lediglich eine Steigerung um den Faktor 2,15 zur Folge.

In den PPV-Szenarien lassen sich Steigerungen um den Faktor 3,1 mit bzw. 3,7 ohne Zinserholung (ausgehend von einem heute niedrigem Durchschnittsbeitrag) beobachten. Sollte auch hier eine Kostendämpfung um 0,5%-Punkten bei der medizinisch technischen Inflation auf lediglich 1% p.a. erreicht werden können, würde sich der Steigerungsfaktor auf 2,6 reduzieren. Auf der anderen Seite würde eine starke medizinische Inflation von 2% p.a. einen Steigerungsfaktor um ca. 4,5 bedeuten.

In der GKV sind ohne Inflation Steigerungen von ca. 30% (MTF=0,4% p.a.) bis 50% (MTF=0,75% p.a.) zu beobachten. Neben der medizinischen Inflation zeigt das GKV-Modell eine starke Abhängigkeit von den beitragspflichtigen Einkommen. Hier ist seit ca. 2000 ein Zurückbleiben der beitragspflichtigen Einkünfte im Vergleich zum BIP pro Erwerbstätigen zu beobachten. Wie beschrieben, ist dies allgemein als strukturelle Einnahmenschwäche (SES) bekannt. Sollte dieser Effekt auch zukünftig anhalten, wäre eine Beitragssatzanhebung um 35% nötig. In Zusammenspiel mit einem stark steigenden medizinisch technischen Fortschritt wäre ein Anheben von ca. 60% des Beitragssatzes nötig, um die Finanzierung des GKV-Umlagesystems zu ermöglichen.

Im Gegensatz zur GKV ist die SPV stärker von der demografischen Veränderung betroffen. So lassen sich Beitragssatzsteigerungen von über 260 % beobachten. Kommen hier darüber hinaus ein stärkerer medizinisch technischer Fortschritt und die SES hinzu, sind auch Steigerungen von über 380 % denkbar. Hinzufügen muss man bei der Betrachtung der SPV, dass in diesem Modell die Leistungsausweitungen des PSG II nicht aufgenommen wurden. Verschiebungen der Steigerungen tendenziell nach oben sind daher zu vermuten.

Abschließend bleibt somit festzuhalten, dass in der Krankenversicherung die demografische Entwicklung lediglich ein Faktor bei der Entwicklung der Beiträge darstellt, der weniger wichtig scheint, als oft angenommen wird. Auf der anderen Seite hat die Demografie durchaus Wirkung auf die SPV und PPV. Vielmehr spielt aber sowohl in der Kranken- als auch der Pflegeversicherung die medizinische Inflation eine wesentlich größere Rolle, so dass zukünftig insbesondere Kostendämpfungsmaßnahmen wichtig werden, damit beide Systeme bezahlbar bleiben. Einen positiven Effekt auf die PKV/PPV hätte vor allem eine Zinserholung, dessen Wirkung auf das angesparte Kapital maßgeblich ist, während die Überwindung der strukturellen Einnahmenschwäche positive Auswirkungen auf die Entwicklung der GKV/SPV hätte.

7 Anhang

Im Anhang werden in Abschnitt 7.1 wichtigste Begriffserklärungen dargestellt. In Abschnitt 7.2 erfolgt eine Zusammenstellung der hier zitierten Studien insbesondere auch des Tragfähigkeitsberichts. In Abschnitt 7.3 und 7.4 finden sich ergänzende Tabellen zu den Ergebnissen.

7.1 Begriffserklärung

In diesem Abschnitt werden die für den weiteren Kontext wichtigsten Begriffe eingeführt und erläutert. Dies dient vor allem der Verständlichkeit, da die hier zitierten Studien diese Begriffe verwenden.

7.1.1 Demografie

Der Begriff „Demografie“ kommt aus dem Altgriechischen und ist eine wissenschaftliche Disziplin der Soziologie, die der Beschreibung, Analyse und Prognose der Bevölkerungsentwicklung und deren Ursachen nachgeht. Überwiegend beschäftigt sich die Wissenschaft mit den Bereichen Altersstruktur, Geburtenrate, Sterbehäufigkeit, Geschlechterverhältnis und Migration, aber auch weiterführende Analysen von Bevölkerungen hinsichtlich Bildungsstand, Bevölkerungsbewegung (z.B. Landflucht) oder Erwerbsquote sind Aufgaben dieser Wissenschaft. Insbesondere die statistische Untersuchung von Strukturen und sozialen Faktoren, aber auch die daraus erwachsenden künftigen Wirkungen stehen dabei im Fokus.

7.1.2 Altenquotient

Der Altenquotient gibt das Verhältnis der Anzahl von alten zu jungen Menschen an. Meist wird das Verhältnis der verrenteten (ab 65 Jahre) zur arbeitenden Bevölkerung (15 bzw. 20 bis 64 Jahre) berechnet. Dabei lassen die Altersbereiche natürlich keine genaue Aussage über die tatsächliche Erwerbstätigkeit zu, zeigen allerdings – und das ist das Ziel – das Verhältnis dieser beiden Altersgruppen in einer Bevölkerung auf.

7.1.3 Bruttoinlandsprodukt (BIP)

„Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) misst die Produktion von Waren und Dienstleistungen im Inland nach Abzug aller Vorleistungen. Das Bruttoinlandsprodukt errechnet sich als Summe der Bruttowertschöpfung aller Wirtschaftsbereiche zuzüglich des Saldos von Gütersteuern und Gütersubventionen. Das BIP und die Teilgrößen der Entstehungsrechnung können zu aktuellen Preisen des Berichtsjahres (nominal) oder aus Gründen der intertemporalen Vergleichbarkeit zu Preisen eines Basisjahres (real) dargestellt werden.“ [22] In diesem Dokument ist immer, wenn vom BIP gesprochen wird, das reale BIP gemeint.

Das BIP pro Kopf berechnet sich durch Division des BIP durch die Anzahl der Einwohner und dient unter anderem als Maß für den materiellen Wohlstand eines Landes.

7.1.4 Ausgabenquote

Die Ausgabenquote, auch Staatsquote oder Staatsausgabenquote genannt, gibt das Verhältnis der gesamten Staatsausgaben zum BIP wieder. „Die Ausgabenquote soll den Grad der Inanspruchnahme der gesamten Volkswirtschaft durch den staatlichen Sektor ausdrücken. Da auch Ausgaben des Staates einbezogen werden, die nicht Teilmenge des BIP sind, ist die Ausgabenquote eine „unechte“ Quote. Sie ermöglicht damit zwar eine Einordnung der absoluten Beträge der Staatsausgaben in einen gesamtwirtschaftlichen Zusammenhang, liefert jedoch nur begrenzte Information über den Grad der Inanspruchnahme der

gesamtwirtschaftlichen Leistung durch den Staat. Aussagefähiger ist die Veränderung der Ausgabenquote im Zeitablauf. Sie zeigt, ob die Staatsausgaben in einem bestimmten Zeitraum schneller oder langsamer gewachsen sind als das BIP.“ [23]

7.1.5 Nachhaltigkeitslücke

Die Nachhaltigkeitslücke setzt sich aus der aktuellen Staatsverschuldung (explizite Staatsschuld) und der (prognostizierten) Differenz aller zukünftigen Leistungen und Beiträge zusammen, die bei geltendem Recht alle heute lebenden und alle zukünftigen Generationen empfangen werden oder zu zahlen haben (sogenannte verdeckte oder implizite Staatsschuld). Die implizite Staatsschuld gibt somit das „zukünftige Verhältnis zwischen der Ausgaben- und Einnahmeentwicklung der öffentlichen Haushalte“ an [24]. Zu den impliziten Staatsschulden zählen insbesondere alle Leistungen, die der Staat seinen Bürgern und anderen Berufstätigen in Form von Rentenzahlungen, Pflegeleistungen oder Krankenversicherung schuldet.

7.2 Literaturübersicht

In den folgenden Unterabschnitten werden neben dem Tragfähigkeitsbericht auch weitere Studien und Prognoserechnungen eingeführt und die Ergebnisse zusammengefasst. Dies dient vor allem den in Abschnitt 4 aufgeführten Vergleichen mit dem Tragfähigkeitsbericht. Begonnen wird mit der Vorstellung der 13. Bevölkerungsvorausberechnung, da diese maßgeblich im Tragfähigkeitsbericht und den eigenen Szenariorechnungen verwendet wurde. Anschließend folgt der Tragfähigkeitsbericht, dann die übrigen Studien.

7.2.1 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes

Die Bevölkerungsvorausberechnung wird regelmäßig vom statistischen Bundesamt veröffentlicht. Ziel ist es, eine Prognose der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2060 aufzuzeigen und grundlegende Informationen für die politischen Entscheidungsträger bereitzustellen [5]. Als Basis der Prognose diente der Zensus 2011 [7], der bis zum Stichtag 31.12.2013 fortgeschrieben wurde. Insgesamt wurden acht Szenariorechnungen durchgeführt. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Für die Prognoserechnungen der Bevölkerungsentwicklung wurden Annahmen in den folgenden Bereichen getroffen:

- Geburtenhäufigkeit
- Lebenserwartung/Sterblichkeit
- Wanderungsbewegung

Die Geburtenhäufigkeit ist abhängig von den lebenden Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter. Diese beeinflussen damit auch die Anzahl der gebärfähigen Frauen der nächsten Generation. Für die Modellrechnungen wurden nach der Analyse der Vergangenheit aus verschiedenen Szenarien zwei Annahmen über die Geburtenhäufigkeit festgelegt. Die pessimistischere Annahme geht von einer annähernd konstanten Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern pro Frau aus, wobei sich der Trend zu einem späteren Kind mit über 30 Jahren fortsetzt. Die optimistischere Annahme hingegen schätzt einen leichten Anstieg der Geburtenrate auf 1,6 Kinder pro Frau, wobei sich die Geburtenhäufigkeit der unter 30-jährigen Frauen zukünftig stabilisiert und im höheren gebärfähigen Alter weiter zunimmt.

Im Falle der Lebenserwartung wurden die Werte der Vergangenheit untersucht und insgesamt wurde dem allgemeinen Trend einer kontinuierlich steigenden Lebenserwartung gefolgt, der insbesondere dem medizinischen Fortschritt, der Hygiene, der Ernährung und den verbesserten Arbeitsbedingungen geschuldet ist. Insgesamt wurden die Annahmen

„moderater Anstieg“ (Männer 84,8 Jahre und Frauen 88,8 Jahre ab Geburt in 2060) und „starker Anstieg“ (Männer 86,7 Jahre und Frauen 90,4 Jahre ab Geburt in 2060) für die Modellrechnungen angesetzt.

Als dritte Säule wurde die Wanderungsbewegung betrachtet, also die Zu- und Abwanderung aus Deutschland. Trends sind hier eher schwer zu ermitteln, da Zu- und Abwanderung stark (Welt-)politisch geprägt sind. Insbesondere politische Auslöser wie Kriege (z.B. in Jugoslawien) aber auch der Mauerfall haben große Zuwanderungswellen hervorgebracht, während es auch Jahre mit negativem Wanderungssaldo gab. Zurzeit ist Deutschland in einer Phase der starken Zuwanderung. So stieg die Zuwanderung von 279.000 in 2011 auf 429.000 im Jahre 2013. Somit wurde für die Modellrechnung für die Jahre 2014 und 2015 eine Nettozuwanderung von 500.000 Menschen pro Jahr angenommen. In einer pessimistischeren Annahme wird kontinuierlich von einer sinkenden Zahl von Zuwanderern auf 100.000 im Jahr 2021 ausgegangen. In einer optimistischeren Annahme sinkt die Zahl der Zuwanderer lediglich auf 200.000 im Jahr 2021. Für die Szenariorechnungen wurden diese Werte bis 2060 konstant gehalten (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Annahme der künftigen Entwicklung der Nettozuwanderung in Deutschland [5]

Jahre	Annahmen	
	pessimistisch	optimistisch
2014	500.000	500.000
2015	500.000	500.000
2016	350.000	450.000
2017	300.000	400.000
2018	250.000	350.000
2019	200.000	300.000
2020	150.000	250.000
2021-2060	100.000	200.000
Durchschnitt pro Jahr	ca. 130.000	ca. 230.000

Mit diesen beschriebenen Annahmen wurden verschiedene Kombinationen gebildet, mit denen im Anschluss die Modellrechnungen durchgeführt wurden. Die Hochrechnungen mit diesen Varianten zeigen ein Absinken der Bevölkerung von 80,8 Mio. Ende 2013 auf Werte zwischen 67,6 bis 73,1 Mio. in 2060 auf. Darüber hinaus zeigen die Hochrechnungen, dass mit einer deutlichen Alterung der Gesellschaft und einem ebenso deutlichen Rückgang der Bevölkerung im Erwerbsalter zu rechnen ist.

7.2.2 Der Tragfähigkeitsbericht (TFB)

In einem regelmäßigen Turnus beleuchtet das Bundesministerium für Finanzen (BMF) die Effekte der Demografie im Hinblick auf die langfristige Entwicklung des öffentlichen Haushaltes in Deutschland. Den Auftrag für diese Studie erhielt wie auch in den letzten Jahren Prof. Dr. Martin Werding von der Ruhr-Universität Bochum. Insgesamt mündet diese Studie in zwei Veröffentlichungen: Und zwar publiziert das Bundesministerium für Finanzen vorwiegend die Ergebnisse im eigentlichen Tragfähigkeitsbericht [1], während Prof. Werding die technischen Details und Annahmen in einem ergänzenden Papier veröffentlicht [4]. Mit Hilfe von Modellrechnungen für verschiedene Szenarien sollen mit dieser Studie langfristige Risiken und Finanzierungslücken im öffentlichen Haushalt aufgedeckt werden. Von hohem Interesse sind dabei die Bereiche, die besonders von der demografischen Entwicklung betroffen sind:

- Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)
- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- Soziale Pflegeversicherung (SPV)
- Beamtenvorsorge und Beihilfe
- Arbeitslosenversicherung und Grundsicherung für Arbeitssuchende
- Öffentliche Bildungsausgaben
- Familienleistungsausgleich

Zugrunde gelegt werden die aktuellste Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes [5] sowie der Rechtsstand zum 30.06.2015, so dass auch bereits bekannte, aber erst später greifende Gesetze(-sänderungen) Berücksichtigung finden. Die Projektionen werden bis zum Jahr 2060 durchgeführt und berücksichtigen für den Zeitraum 2015 bis 2019 die gesamtwirtschaftliche mittelfristige Projektion des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie [17] sowie die Finanzplanung der Regierung für diesen Zeitraum. Ebenso ist eine kontinuierliche Nettozuwanderung nach Deutschland berücksichtigt, allerdings nicht der Flüchtlingszustrom im Jahr 2015.

Im Wesentlichen werden für die Prognoserechnungen zwei Basisvarianten angenommen, die auf unterschiedlichen Annahmen zu langfristigen Entwicklungen in den folgenden Bereichen beruhen:

- Demografie (übernommen aus der 13. Bevölkerungsvorausberechnung [5])
- Erwerbsbeteiligung
- Beschäftigung
- Wirtschaftswachstum
- weitere makroökonomische Annahmen

Dabei wird in jedem Bereich eine positiv ausgerichtete (T+) und eine negativ ausgerichtete (T-) Variante angenommen, die im Zusammenschluss einen Korridor plausibler zukünftiger Entwicklungen aufspannen sollen. Einen Überblick über diese Annahmenkorridore der Modellrechnungen finden sich in Tabelle 12 und Tabelle 13.

Tabelle 12: Teil 1: Basisannahmen für die Modellrechnungen des Tragfähigkeitsberichts [1,4]. Die Angaben für 2010 sind Ist-Angaben, alle anderen Werte entstammen den Modellrechnungen

	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Variante T–						
Demographie:						
Wohnbevölkerung (Mio.)	81,7	81,5	79,6	76,8	73,2	69,2
Altenquotient *	31,1	35,1	46,9	54,7	58,6	64,1
Arbeitsmarkt:						
Erwerbsbeteiligung (%)						
Frauen (15–64)	74,6	79,6	82,2	82,5	83,0	83,5
Männer (15–64)	84,5	85,4	86	85,9	85,9	86,1
Erwerbspersonen (Mio.)	43,8	44,6	42,2	38,8	36,4	33,4
Erwerbstätige (Mio.)	41,0	43,0	39,9	36,7	34,4	31,6
Erwerbslosenquote (%)	6,4	3,8	5,5	5,5	5,5	5,5
Makroökonomische Entwicklung**:						
Arbeitsproduktivität (%)	0,6	1,0	1,9	1,8	1,6	1,6
Bruttoinlandsprodukt (%)	0,9	1,4	1,1	0,9	0,9	0,7
BIP pro Kopf (%)	0,9	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3

Variante T+						
Demographie:						
Wohnbevölkerung (Mio.)	81,7	82,2	81,9	80,6	78,8	76,9
Altenquotient *	31,0	34,7	45,0	50,2	51,2	53,7
Arbeitsmarkt:						
Erwerbsbeteiligung (%)						
Frauen (15–64)	74,6	78,5	82,6	82,8	83,3	84,0
Männer (15–64)	84,5	85,0	86,5	86,4	86,4	86,7
Erwerbspersonen (Mio.)	43,8	44,8	43,9	41,8	40,9	39,4
Erwerbstätige (Mio.)	41,0	43,2	42,6	40,6	39,8	38,3
Erwerbslosenquote (%)	6,4	3,6	3,0	3,0	3,0	3,0
Makroökonomische Entwicklung**:						
Arbeitsproduktivität (%)	0,6	0,9	1,9	2,0	1,8	1,9
Bruttoinlandsprodukt (%)	0,9	1,4	1,8	1,5	1,6	1,5
BIP pro Kopf (%)	0,9	1,4	1,8	1,7	1,9	1,7

*bezogen auf die Altersbereiche 65+ zu 15-64 Jahre

** Reale Wachstumsraten (jahresdurchschnittliche Werte im vorangegangenen 10-Jahres-Zeitraum).

Tabelle 13: Teil 2: Basisannahmen für die Modellrechnungen des Tragfähigkeitsberichts [1,4]

		Variante T-	Variante T+
Demografie*	Geburtenziffer	1,4	1,6
	Lebenserwartung		
	Frauen (bis 2060)	90,4	88,8
	Männer (bis 2060)	86,7	84,8
	Nettozuwanderung (ab 2021)**	100.000	200.000
Arbeitsmarkt	Renteneintrittsalter (bis 2029)	65	66
	Erwerbslosenquote (bis 2030)	5,5%	3,0%
Gesamtwirtschaft (Steigerung p.a.)	Multi-Faktorproduktivität*** (ab 2020)	0,875%	1,125%
	Inflationsrate (ab 2020)	1,9%	1,9%
	Staatsschuldtitel (ab 2026)	3%	3%

* Annahmen entnommen der 13. Bevölkerungsvorausberechnung.

** siehe für den Bereich vor 2021 Tabelle 11

*** Maß für Produktivitätsentwicklung eines Landes, die nicht Arbeit oder Kapital entstammen (z.B. MTF oder Effizienzsteigerung)

Die technische Prognoserechnung erfolgt mit einem von Prof. Werding entwickelten Tool mit dem Namen „Social Insurance Modell (Version 2013)“ oder kurz SIM.13. Für die technische Erläuterung des Modells wird in [4] auf die Beschreibung einer älteren Version (SIM.11) in [18] verwiesen, die sich nur geringfügig von der Version SIM.13 unterscheiden soll. Insgesamt setzt sich das Modell (siehe Abbildung 41) aus 14 Modulen zusammen, die miteinander verknüpft sind und in die in unterschiedlicher Ausprägung die beschriebenen Annahmen einfließen. Am Ende werden im Modul „Resultate“ die Ergebnisse sowie Grafiken der Prognoserechnungen angezeigt. Theoretisch sind mit diesem Modell auch Katastrophen-Rechnungen möglich, diese werden aber für den Tragfähigkeitsbericht nicht eingesetzt. Die genauen mathematischen Hintergründe bzw. statistischen Verfahren des Modells werden allerdings nicht erläutert.

Die Hochrechnungen der Studie ergeben insgesamt eine Steigerung der Ausgabenquote der Sozialausgaben von derzeit 25,8 % auf Werte zwischen 29,1% (T+) und 32,7 % (T-) in 2060, wie in Abbildung 42 illustriert wird. Dies entspricht einer Steigerung zwischen 3,3 bis 6,9%-Punkten.

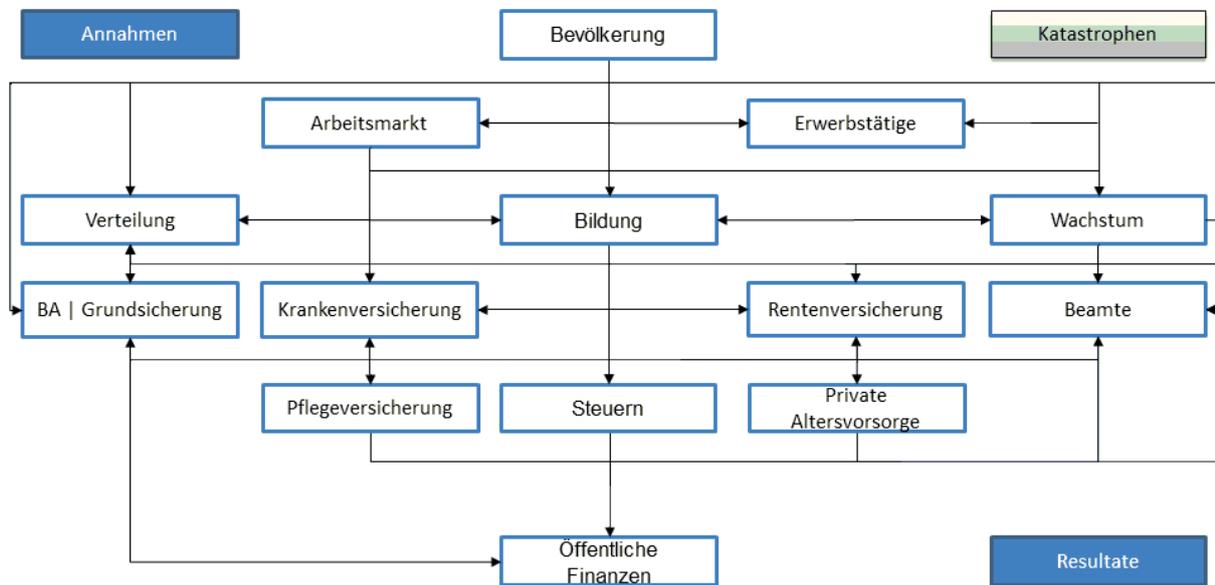


Abbildung 41: Modulübersicht des Modells SIM.11 (in Anlehnung an [18])

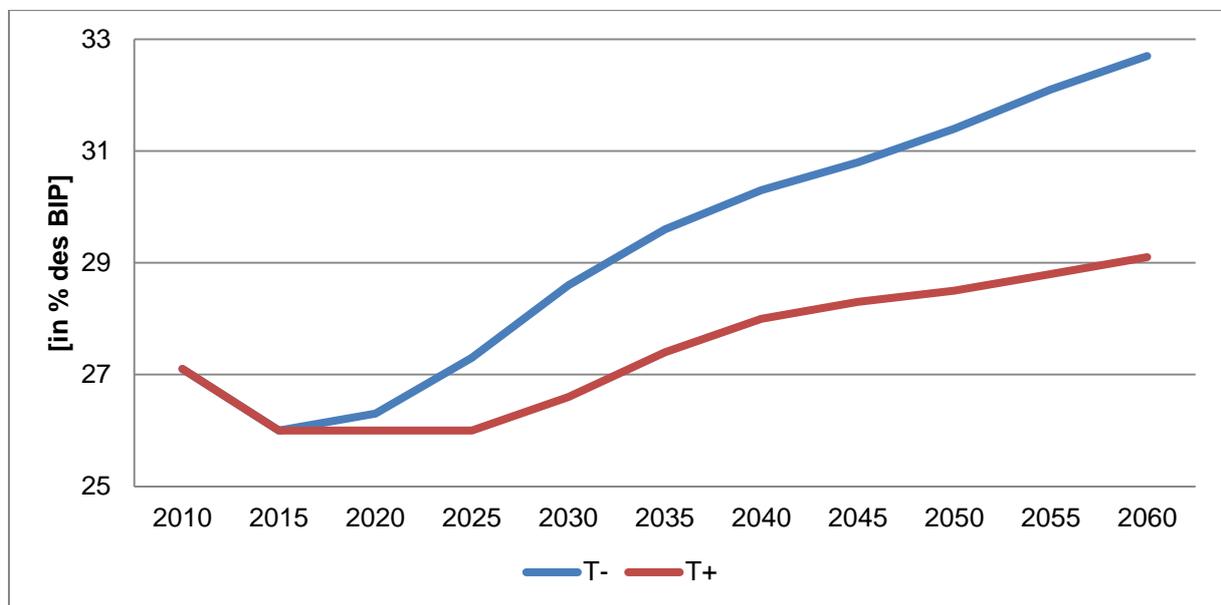


Abbildung 42: Prognostizierte Ausgabenquote der Sozialausgaben (von 2010 bis 2060) (erstellt mit Daten aus [1]), im Verhältnis zum BIP

Der treibende Faktor der demografischen Entwicklung und somit auch der Ergebnisse dieser Studie ist die Zunahme des Altenquotienten (heute 31,0), der im günstigsten Fall (T+) auf 53,7 und im ungünstigen Fall (T-) auf 64,1 steigen könnte. Vereinfacht ausgedrückt stehen zukünftig doppelt so viele Alte der arbeitenden Bevölkerungsschicht gegenüber. Dies ist durch

eine sinkende Bevölkerung gepaart mit einer steigenden Zahl an Hochbetagten bedingt. So zeigt die Modellrechnung einen Rückgang der Wohnbevölkerung bis zum Jahr 2060 auf einen Wert zwischen 69,2 (T-) und 76,9 Mio. (T+).

Besondere Auswirkungen der alternden Bevölkerung spiegeln sich in den Modellrechnungen der Ausgaben der öffentlichen Finanzen wider. Nominell am stärksten betroffen ist darunter die gesetzliche Rentenversicherung, die von einem Ausgangswert in 2015 von 9,3% des BIP im besten Fall auf 11,6% und im schlechtesten Fall auf 12,8% des BIP steigen könnte.

In die Prognose für die gesetzliche Krankenversicherung geht die Annahme ein, dass die alters- und geschlechtsabhängigen Pro-Kopf-Leistungsausgaben mit den jährlichen Wachstumsraten des BIP pro Kopf fortgeschrieben werden können. Eine direkte Kostenentwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts als auch die mutmaßlich höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter wird damit lediglich indirekt berücksichtigt. Die Ergebnisse der Modellrechnung schätzen, ausgehend vom Jahr 2015 mit 7,0% des BIP, einen Anstieg auf 7,3% (T+) bis 7,8% (T-) des BIP.

Auch bei der sozialen Pflegeversicherung ergibt die Modellrechnung einen stärkeren Anstieg der Kosten. Unter der Annahme, dass sich die alters- und geschlechtsabhängigen Pro-Kopf-Kosten für Pflegeleistungen wie die Arbeitsproduktivität und damit wie die Löhne in diesem Bereich entwickeln, wird ein Anstieg des Ausgabenlevels von 1,0% des BIP in 2015 auf 1,8% (T+) bis 2,5% (T-) des BIP prognostiziert.

Die Ergebnisse der einzelnen Prognoserechnungen werden in Tabelle 14 zusammengefasst.

Tabelle 14: Aggregierte demografieabhängige Ausgabenquoten (2015 bis 2060) [1,4]

Jahre	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Variante T- (in % des BIP)										
GRV	9,3	9,3	9,5	10,0	10,7	11,1	11,5	12,0	12,4	12,8
GKV	7,0	7,3	7,4	7,5	7,6	7,8	7,9	7,9	7,9	7,8
SPV	1,0	1,0	1,2	1,3	1,5	1,7	1,9	2,2	2,4	2,5
Inflationsindex	1,0	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5
Beamte	2,1	2,3	2,5	2,7	2,9	3,0	3,1	3,2	3,3	3,5
Leistungen an Arbeitslose	2,6	2,4	2,7	3,0	3,0	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
Bildung und Familie	5,7	5,6	5,6	5,8	5,9	5,8	5,7	5,6	5,7	5,8
Variante T+ (in % des BIP)										
GRV	9,3	9,1	9,1	9,5	10,1	10,5	10,9	11,1	11,4	11,6
GKV	7,0	7,2	7,3	7,4	7,4	7,5	7,5	7,5	7,4	7,3
SPV	1,0	1,0	1,1	1,2	1,3	1,5	1,6	1,8	1,8	1,8
Inflationsindex	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0
Beamte	2,1	2,3	2,4	2,5	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7
Leistungen an Arbeitslose	2,6	2,2	1,9	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Bildung und Familie	5,7	5,6	5,6	5,9	6,0	6,0	5,9	5,9	6,0	6,1

Insgesamt ergibt sich somit eine Steigerung der öffentlichen Ausgaben im Sozialsystem von 17,3% des BIP in 2015 auf eine Spannweite zwischen 20,7% bis 23,1% des BIP in 2060.

Um die Sensitivität der Ergebnisse und der Annahmen sowie die Robustheit des Modells zu verifizieren, werden neben den Modellrechnungen weitere Alternativrechnungen durchgeführt.

Wesentliches Ziel ist dabei die Identifikation empfindlicher Variablen, die besonders große Unsicherheiten für die zukünftige Entwicklung beinhalten. Darüber hinaus ist es durch diese Herangehensweise auch möglich, Effekte von politischen Eingriffen zu analysieren.

Auch wenn zurzeit die Geburtenzahlen leicht steigen (auf 1,50 Kinder je Frau in 2015 [6]), wirkt sich dies eher langsam und vor allem zeitverzögert auf die demografische Entwicklung in Deutschland aus, selbst dann, wenn dieser Trend sich in den nächsten Jahren fortsetzen würde. Auch eine kontinuierliche Einwanderung verlangsamt die demografische Entwicklung lediglich. Hingegen hat die derzeitige günstige Wirtschaftslage mit der guten Arbeitsmarktsituation einen durchaus positiven Effekt auf die Prognoserechnungen. Insgesamt aber zeigt der Tragfähigkeitsbericht auf, dass durch die Verschiebung der Altersstruktur erhebliche Risiken für die langfristige Entwicklung der öffentlichen Finanzen existieren und finanzpolitischer Handlungsbedarf besteht.

7.2.3 Studien der Stiftung Marktwirtschaft zu öffentlichen Finanzen

Die Stiftung Marktwirtschaft versteht sich als unabhängiger Fürsprecher für freie und unabhängige Märkte. Sie tritt vor allem für weniger staatliche Markteingriffe und Regulationen ein. Die Stiftung entwickelt in diesem Rahmen Lösungsvorschläge für marktwirtschaftliche Probleme und veröffentlicht diese regelmäßig in Form von Pressemitteilungen [21]. In zwei Publikationen aus dem Jahre 2015 setzt sich die Stiftung mit der Nachhaltigkeit der öffentlichen Haushalte und der Finanzierbarkeit der Sozialausgaben in Deutschland und den übrigen EU-Staaten auseinander [2,3]. Dabei wurden in den beiden Berichten mittels Daten aus 2014 Prognoserechnungen für die Zukunft bis zum Jahr 2060 und sogar darüber hinaus durchgeführt und damit die Nachhaltigkeitslücke berechnet.

Die Annahmen zur demografischen Entwicklung wurden der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes entnommen (Geburtenrate 1,4 - 1,6 Kinder pro Frau, steigende Lebenserwartung 88,8 - 90,4 Jahre bei Frauen, 84,8 - 86,7 Jahre bei Männern, Netto-Zuwanderung 100.000 - 200.000 Personen pro Jahr) [5].

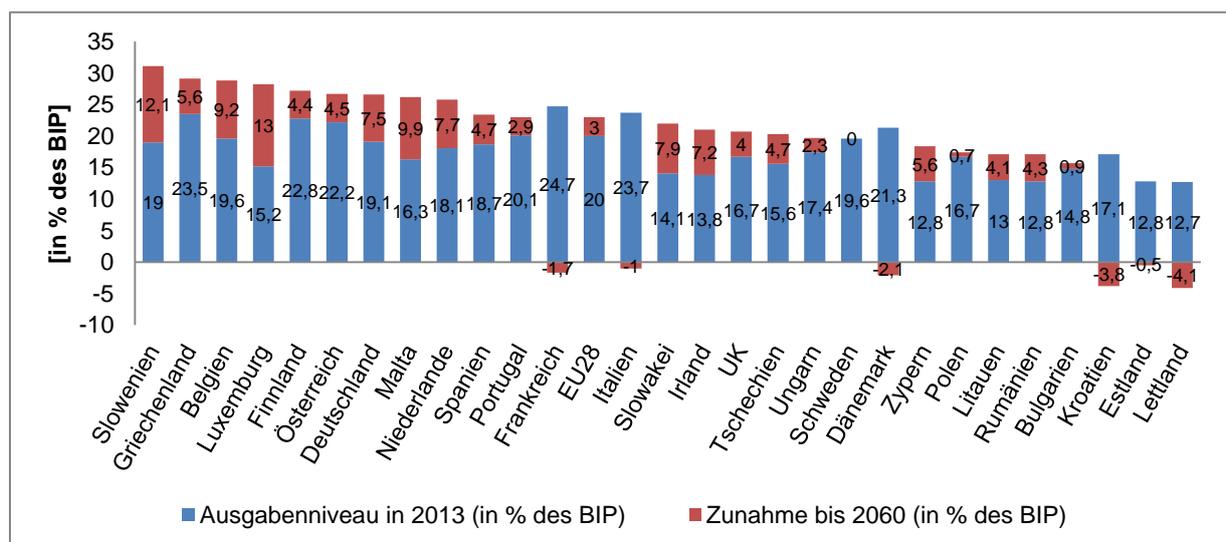


Abbildung 43: Veränderung der öffentlichen Ausgaben für Renten, Gesundheit und Pflege für den Zeitraum 2013 bis 2060 (in Anlehnung an [3])

Für die Annahmen im Bereich der öffentlichen und wirtschaftlichen finanziellen Rahmenbedingungen wurden als Ausgangswerte Daten für die Jahre 2013/14 dem Bericht der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen des Statistischen Bundesamtes entnommen

[11]. Bei den (Pro-Kopf-)Zahlungen wurde langfristig eine Wachstumsrate von 1,5% unterstellt. Für die Berechnung der zukünftigen Zahlungsströme wurde ein Zinssatz von 3% angesetzt. Weiter wurde der Rechtsstand zum Stichtag 31.05.2015 mit allen bereits beschlossenen und erst in der Zukunft wirksamen Gesetzen berücksichtigt. Ansonsten wurden für die öffentlichen Finanzen konstante Rahmenbedingungen angenommen. Für die Hochrechnung des BIP wurde der Wachstumspfad aus dem Ageing Report 2015 der Europäischen Kommission übernommen [12]. Ebenso wurden dem Ageing Report die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit, Pflege und Bildung entnommen.

Auf diesen Grundlagen wurde ein Altenquotient zwischen 60 und 73 im Jahre 2060 prognostiziert sowie ein Rückgang der Gesamtbevölkerung in Deutschland auf 69 Mio. Die Prognose der öffentlichen Ausgaben ergab eine Steigerung um 7,5% vom BIP von 19,1% in 2013 auf 26,6% in 2060. Damit liegt Deutschland im europäischen Vergleich über dem Durchschnitt aller EU-Staaten (siehe Abbildung 43).

Aktuell zeigt Deutschland in 2015 im europäischen Vergleich mit 184% des BIP eine überdurchschnittlich hohe demografiebedingte Nachhaltigkeitslücke (Durchschnitt in der EU 164% des BIP) Die gesamte Nachhaltigkeitslücke liegt aufgrund einer guten fiskalischen Ausgangslage lediglich bei 149% des BIP und damit unter dem EU-weiten Durchschnitt (266% des BIP) (siehe Abbildung 44). Insgesamt sehen die Studienautoren alle EU-Staaten unter einem besonderen Reformdruck im Bereich der öffentlichen Sozialausgaben, insbesondere unter der Last der demografischen Entwicklung, die in vielen EU-Ländern zu spüren ist.

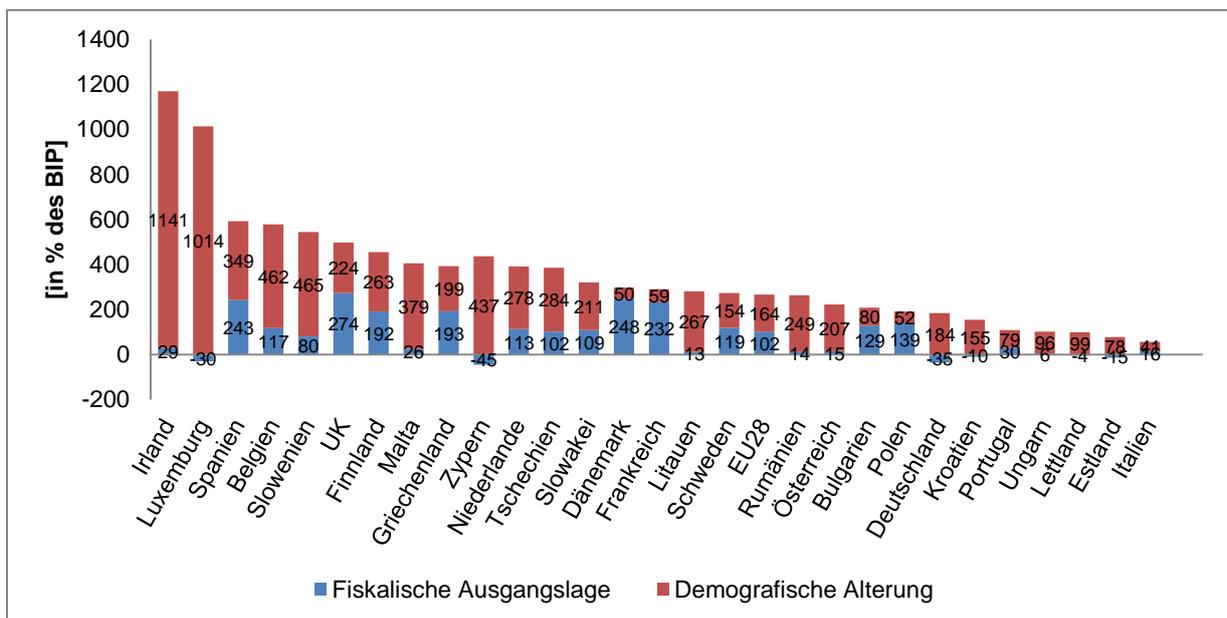


Abbildung 44: EU-Nachhaltigkeitsranking 2015 und Einfluss der demografischen Alterung auf die Nachhaltigkeitslücke (in Prozent des BIP, Basisjahr 2014) (in Anlehnung an [3])

7.2.4 Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP)

Den Beschluss zur Einführung des Basistarifs in der PKV in 2007 nahm das wissenschaftliche Institut der PKV zum Anlass, eine Untersuchung der Beitragsentwicklung in der GKV durchzuführen, da der Höchstbeitrag des Basistarifs an die Beitragsbemessungsgrenze sowie den Beitragssatz der GKV gekoppelt ist [15]. Die Prognoserechnungen erstreckten sich auf

den Zeitraum bis 2050. Das Modell bestand dabei aus drei wesentlichen Modulen, in denen eine Prognoserechnung durchgeführt wurde und in die spezielle Annahmen einfließen:

- Bevölkerungsentwicklung
- Beitragspflichtige Einnahmen
- Gesundheitsausgabenentwicklung

Für die Prognose der Bevölkerungsentwicklung wurden Daten der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes verwendet [19]. Angenommen wurde eine durchschnittliche Geburtenrate von 1,4 Kindern pro Frau, ein Wanderungssaldo von 100.000 Personen pro Jahr sowie eine steigende Lebenserwartung bei Männern von 76,2 Jahren in 2008 auf 83,5 bis 85,4 Jahren in 2050 (Frauen: von 81,8 auf 88,0 bis 89,8 Jahre). Da sich die Zahlen des statistischen Bundesamtes auf die Gesamtbevölkerung beziehen, hier aber nur die GKV-Versicherten berücksichtigt werden sollten, wurden die PKV-Versicherten von der Gesamtbevölkerung abgezogen. Verwendet wurden hierfür die Daten der PPV, die bis 2050 hochgerechnet wurden. Dabei sieht das Modell auch Wechselbewegungen zwischen GKV und PKV vor.

Die Prognose der Einnahmen in der GKV ist gebunden an die Steigerung der Einkommen und Renten sowie an die Beschäftigungsentwicklung. Da mit steigenden Löhnen und Renten zu rechnen ist, sowie eine höhere Beschäftigung sich positiv auf die Beitragseinnahmen der GKV auswirkt, wurde insgesamt eine konstante Steigerung der beitragspflichtigen Einkommen von 1% pro Jahr im Modell angenommen.

Bei der Gesundheitsausgabenentwicklung wurde vor allem der Medikalisierungsthese gefolgt⁴. Insgesamt wurde über alle Alter und geschlechtsunabhängig eine durchschnittliche Steigerung der Gesundheitsausgaben von 1,6% pro Jahr angesetzt. Auf eine nach Alter und Geschlecht differenzierte Einbindung der Steigerungsraten wurde verzichtet, da dies bei dem relativ langen Prognosezeitraum zu starken Profilverformungen führen würde, die dem Autor unrealistisch erschienen. Außerdem sei der Einfluss auf die Beitragssatzentwicklung nicht sehr groß, wenn ein pauschaler Steigerungsparameter anstelle von alters- und geschlechtsspezifischen gewählt werde [15]. Der Durchschnittswert der Gesundheitsausgabensteigerung der Jahre 1998 bis 2006 lag bei 1,85%. Der angesetzte Wert von 1,6% berücksichtigt allerdings auch die Alterung der Gesellschaft sowie eine Kürzung des Leistungsumfangs durch die Politik.

Darüber hinaus fließen in die Prognoserechnungen weitere Einflussfaktoren auf die GKV ein:

- Bundeszuschuss
- Verwaltungskosten
- Defizite/Überschüsse
- Sonstige

⁴ Von Experten werden zwei Thesen zur Kostenentwicklung propagiert. Auf der einen Seite steht die Medikalisierungsthese, die besagt, dass die Menschen ihr längeres Leben zunehmend in Krankheit verbringen und die höhere Lebenserwartung vor allem durch bessere und umfangreichere medizinische Versorgung erkaufte wird. Auf der anderen Seite steht die Kompressionsthese. Diese nimmt an, dass die Menschen die zusätzlichen Jahre in Gesundheit verbringen und die Jahre mit höheren Gesundheitskosten erst am Ende der Lebensphase eintreten. Insgesamt ist somit die Kompressionsthese der eher optimistischere Ansatz, während die Medikalisierungsthese stärker steigende Kosten im Gesundheitssystem nach sich ziehen würde. Daten der Vergangenheit zeigen allerdings, dass die Zunahme der Gesundheitsausgaben über der allgemeinen Inflationsrate liegt, insbesondere in den höheren Altersklassen [16].

Für die Verwaltungskosten wurde ein jährlicher Anstieg von 1,6% angesetzt. Die Bundeszuschüsse wurden von 4,2 Mrd. Euro in 2006 auf 14 Mrd. Euro in 2016 angehoben und danach konstant fortgeschrieben. Aus damaliger Sicht waren die Auswirkungen des erst 2009 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes mit dem Gesundheitsfond sowie dem einheitlichen Beitragssatz modellspezifische Unbekannte, deren Effekte eingerechnet bzw. geschätzt werden mussten.

In einem ersten Schritt wurde daher eine Hochrechnung für das Jahr 2009 durchgeführt. Ausgehend von einem Beitragssatz von 14,8% im Jahr 2007 wurde in drei Szenarien für 2009 ein Beitragssatz zwischen 15,0% bis 15,8% geschätzt. Darauf aufsetzend errechnete das Modell eine Steigerung der Beitragssätze bis zum Jahr 2050 auf 24,0% bis 25,3% (siehe Abbildung 45). Sollte sich die Politik hingegen als Ziel setzen, die Beitragsentwicklung konstant bei 14% zu halten, würde sich auf Grundlage der Modellrechnung der Bundeszuschuss auf ca. 40 Mrd. Euro jährlich im Jahre 2050 belaufen.

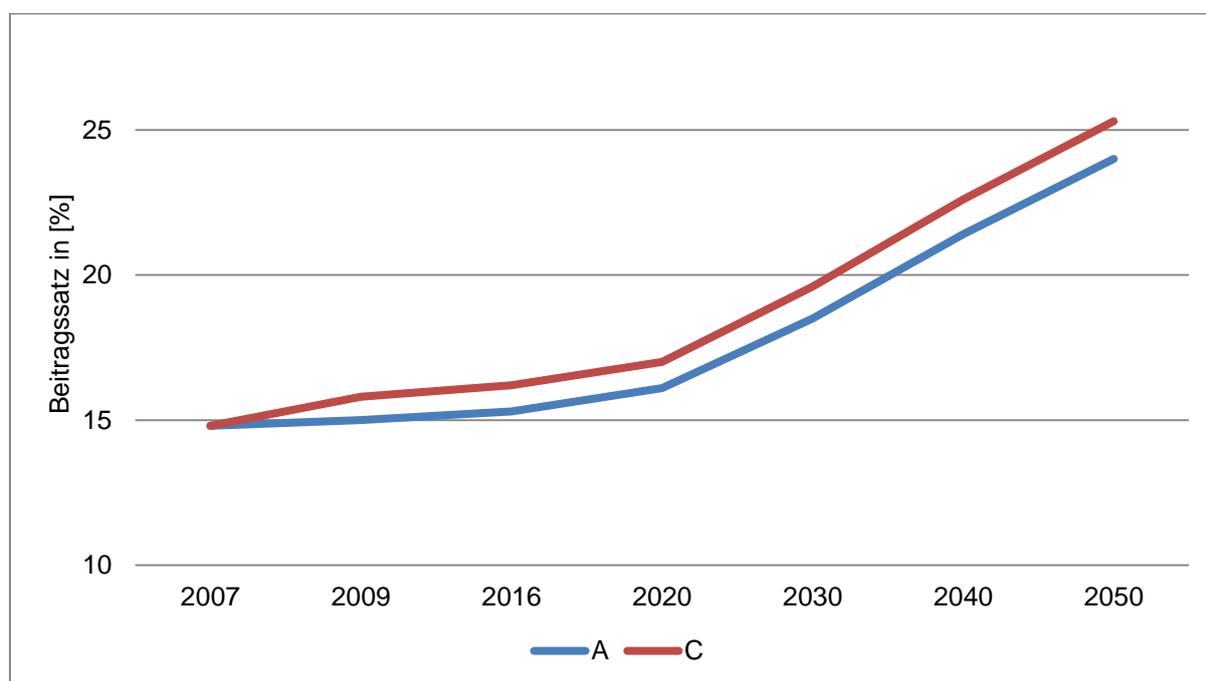


Abbildung 45: Prognoserechnung (Prognose-Varianten A und C) der WIP-Studie zu Beitragsentwicklung in der GKV von 2007 bis 2050 (in Anlehnung an [15])

Prognose-Variante A: reines Prognosemodell mit den oben beschriebenen Annahmen

Prognose-Variante C: reines Prognosemodell mit den oben beschriebenen Annahmen sowie zusätzlicher Finanzbedarf in der Krankenhausfinanzierung und Honorarverbesserungen

Der Autor geht bei der Prognose von einer Beitragsschätzung aus, die auch zukünftig eine strikte Kostendämpfungspolitik voraussetzt. Fraglich scheint dabei, ob solch eine Beitragsentwicklung politisch durchsetzbar ist. Der Autor warnt darüber hinaus davor, dass nicht nur die GKV-Beiträge sondern auch alle weiteren Sozialabgaben demografiebedingt steigen werden und nicht sicher ist, ob die schrumpfende und alternde Gesellschaft eine wachsende Wirtschaft aufrechterhalten kann.

7.3 Ergebnistabellen der Szenariorechnungen für GKV/SPV

Tabelle A 1: Beitragssatz-Szenarien GKV

	2015	2020	2030	2040	2050	2060
T-	15,50%	15,62%	15,82%	16,52%	16,99%	16,97%
T+	15,50%	15,61%	15,63%	16,15%	16,45%	16,33%
T+, W3	15,50%	15,60%	15,58%	16,06%	16,34%	16,25%
T- zzgl. MTF 0,4%	15,50%	15,75%	16,60%	18,05%	19,33%	20,12%
T- zzgl. MTF 0,75%	15,50%	15,86%	17,32%	19,51%	21,63%	23,33%
T-, zzgl. SES 0,5%	15,50%	15,77%	16,78%	18,41%	19,89%	20,88%
T-, zzgl. MTF 0,4% und SES 0,5%	15,50%	15,90%	17,61%	20,12%	22,63%	24,75%

Tabelle A 2: Beitragssatz-Szenarien SPV

	2015	2020	2030	2040	2050	2060
T-	2,25%	2,50%	3,15%	3,89%	5,10%	5,93%
T-, mit Pflegevorsorgefond	2,35%	2,60%	3,25%	3,81%	5,02%	5,93%
T+	2,25%	2,50%	3,04%	3,60%	4,42%	4,80%
T+, W3	2,25%	2,50%	3,00%	3,49%	4,22%	4,51%
T- zzgl. MTF 0,4%	2,25%	2,53%	3,32%	4,26%	5,80%	7,02%
T- zzgl. MTF 0,75%	2,25%	2,56%	3,47%	4,61%	6,49%	8,13%
T-, zzgl. SES 0,5%	2,25%	2,53%	3,34%	4,34%	5,97%	7,29%
T-, zzgl. MTF 0,4% & SES 0,5%	2,25%	2,56%	3,52%	4,75%	6,79%	8,63%

Tabelle A 3: Beitragssatzentwicklung (indiziert, 2015: 100%)

	2015	2020	2030	2040	2050	2060
GKV, T-	100,00%	100,77%	102,04%	106,58%	109,60%	109,51%
GKV, T+	100,00%	100,69%	100,81%	104,16%	106,10%	105,38%
SPV, T-	100,00%	111,19%	140,05%	172,97%	226,48%	263,49%
SPV, T+	100,00%	111,03%	135,16%	159,98%	196,50%	213,45%

Tabelle A 4: Demografisch bedingter Anstieg der Pro-Kopf-Leistungsausgaben (indiziert, 2015: 100%)

	2015	2020	2030	2040	2050	2060
GKV, T-	100,00%	109,26%	115,62%	124,16%	131,86%	135,93%
GKV, T+	100,00%	109,19%	113,97%	120,56%	126,06%	128,40%
SPV, T-	100,00%	113,92%	138,10%	167,82%	217,14%	245,83%
SPV, T+	100,00%	113,44%	132,09%	153,49%	188,42%	201,20%

Tabelle A 5: Entwicklung des Maximalbeitrages in der GKV (Preise von 2015)

	2015	2020	2030	2040	2050	2060
T-	639,38 €	714,63 €	873,26 €	1.080,90 €	1.316,94 €	1.561,90 €
T+	639,38 €	717,55 €	887,88 €	1.116,26 €	1.381,44 €	1.673,85 €
T+, W3	639,38 €	717,21 €	880,59 €	1.099,62 €	1.355,21 €	1.640,26 €
T- zzgl. MTF 0,4%	639,38 €	720,43 €	916,64 €	1.181,31 €	1.498,73 €	1.851,58 €
T- zzgl. MTF 0,75%	639,38 €	725,52 €	956,18 €	1.276,24 €	1.677,04 €	2.146,37 €
T-, zzgl. SES 0,5%	639,38 €	714,63 €	873,26 €	1.080,90 €	1.316,94 €	1.561,90 €
T-, zzgl. MTF 0,4% und SES 0,5%	639,38 €	720,43 €	916,64 €	1.181,31 €	1.498,73 €	1.851,58 €

Tabelle A 6: Entwicklung des Maximalbeitrages in der SPV (Preise von 2015)

	2015	2020	2030	2040	2050	2060
T-	92,81 €	114,47 €	173,99 €	254,64 €	395,03 €	545,51 €
T-, mit P-Fonds	96,94 €	119,04 €	179,51 €	249,32 €	389,42 €	545,51 €
T+	92,81 €	114,86 €	172,80 €	248,87 €	371,37 €	492,15 €
T+, W3	92,81 €	114,75 €	169,44 €	239,00 €	349,57 €	455,51 €
T- zzgl. MTF 0,4%	92,81 €	115,82 €	183,09 €	278,68 €	449,63 €	645,76 €
T- zzgl. MTF 0,75%	92,81 €	117,02 €	191,40 €	301,49 €	503,35 €	748,07 €
T-, zzgl. SES 0,5%	92,81 €	114,47 €	173,99 €	254,64 €	395,03 €	545,51 €
T-, zzgl. MTF 0,4% und SES 0,5%	92,81 €	115,82 €	183,09 €	278,68 €	449,63 €	645,76 €

Tabelle A 7: Altenquotient

	2015	2020	2030	2040	2050	2060
AQ	35,60	37,18	49,96	59,66	66,27	76,36
T-	35,60	37,18	49,96	59,66	66,27	76,36
T+	35,60	37,08	48,47	55,83	58,42	63,57
T+, W3	35,60	37,05	47,66	53,88	55,49	59,63

7.4 Ergebnistabellen der Szenariorechnungen für PKV/PPV

Tabelle B 1: Beitragsentwicklung in der Nicht-Beihilfe, undiskontiert, Gesamtbestand (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	121,31%	183,80%	258,65%	369,34%	515,26%
Sz 2	100,00%	122,56%	174,67%	229,52%	307,02%	413,82%
Sz 3	100,00%	123,53%	198,52%	296,52%	447,60%	648,67%
Sz 4	100,00%	121,31%	184,37%	262,96%	380,96%	531,84%
Sz 5	100,00%	122,03%	187,92%	268,64%	388,74%	543,77%
Sz 6	100,00%	121,31%	183,13%	237,98%	335,18%	467,92%
Sz 6a	100,00%	121,31%	183,13%	219,01%	300,39%	421,40%

Sz 6b	100,00%	121,31%	166,38%	213,66%	293,49%	417,38%
Sz 7	100,00%	121,21%	182,95%	255,45%	361,08%	499,68%
Sz 8	100,00%	122,58%	191,64%	270,51%	381,73%	526,74%

Tabelle B 2: Beitragsentwicklung in der Nicht-Beihilfe, diskontiert, Gesamtbestand (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	114,29%	149,22%	180,93%	222,63%	267,62%
Sz 2	100,00%	115,48%	141,81%	160,56%	185,07%	214,93%
Sz 3	100,00%	116,39%	161,17%	207,43%	269,80%	336,91%
Sz 4	100,00%	114,30%	149,68%	183,95%	229,63%	276,23%
Sz 5	100,00%	114,97%	152,56%	187,92%	234,32%	282,43%
Sz 6	100,00%	114,29%	148,67%	166,48%	202,04%	243,03%
Sz 6a	100,00%	114,29%	148,67%	153,21%	181,07%	218,87%
Sz 6b	100,00%	114,29%	135,07%	149,46%	176,91%	216,79%
Sz 7	100,00%	114,20%	148,53%	178,70%	217,65%	259,53%
Sz 8	100,00%	115,49%	155,58%	189,24%	230,10%	273,59%

Tabelle B 3: Beitragsentwicklung in der Nicht-Beihilfe, undiskontiert, aktueller Bestand (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	118,75%	175,08%	241,10%	346,94%	494,41%
Sz 2	100,00%	119,72%	164,43%	204,97%	258,53%	334,66%
Sz 3	100,00%	121,08%	191,06%	284,14%	444,63%	670,89%
Sz 4	100,00%	118,75%	175,90%	248,49%	372,98%	550,55%
Sz 5	100,00%	119,54%	180,00%	253,72%	374,57%	535,22%
Sz 6	100,00%	118,75%	174,08%	219,43%	297,24%	396,35%
Sz 6a	100,00%	118,75%	174,08%	199,66%	242,43%	288,98%
Sz 6b	100,00%	118,75%	156,27%	186,56%	220,72%	263,32%
Sz 7	100,00%	118,66%	174,19%	236,73%	332,58%	459,82%
Sz 8	100,00%	120,25%	186,78%	263,00%	378,88%	546,41%

Tabelle B 4: Beitragsentwicklung in der Nicht-Beihilfe, diskontiert, aktueller Bestand (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	111,88%	142,14%	168,66%	209,12%	256,79%
Sz 2	100,00%	112,80%	133,49%	143,38%	155,84%	173,82%
Sz 3	100,00%	114,08%	155,11%	198,77%	268,01%	348,45%
Sz 4	100,00%	111,89%	142,80%	173,83%	224,82%	285,95%
Sz 5	100,00%	112,63%	146,14%	177,49%	225,78%	277,99%
Sz 6	100,00%	111,88%	141,33%	153,50%	179,17%	205,86%

Sz 6a	100,00%	111,88%	141,33%	139,67%	146,13%	150,09%
Sz 6b	100,00%	111,88%	126,87%	130,51%	133,04%	136,77%
Sz 7	100,00%	111,80%	141,42%	165,61%	200,47%	238,83%
Sz 8	100,00%	113,30%	151,63%	183,98%	228,38%	283,80%

Tabelle B 5: Beitragsentwicklung in der Beihilfe, undiskontiert, Gesamtbestand (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	109,97%	142,92%	172,67%	219,18%	286,46%
Sz 2	100,00%	111,63%	137,42%	156,69%	187,77%	233,59%
Sz 3	100,00%	111,48%	152,58%	194,72%	261,54%	358,27%
Sz 4	100,00%	109,98%	143,39%	174,46%	223,77%	294,70%
Sz 5	100,00%	110,35%	145,27%	177,73%	228,60%	300,95%
Sz 6	100,00%	109,97%	142,52%	161,94%	202,28%	260,78%
Sz 6a	100,00%	109,97%	142,52%	151,42%	187,33%	240,70%
Sz 6b	100,00%	109,97%	133,51%	149,90%	186,07%	240,45%
Sz 7	100,00%	109,88%	142,39%	171,19%	218,33%	286,75%
Sz 8	100,00%	110,20%	145,21%	175,36%	224,08%	294,06%

Tabelle B 6: Beitragsentwicklung in der Beihilfe, diskontiert, Gesamtbestand (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	103,61%	116,03%	120,79%	132,12%	148,78%
Sz 2	100,00%	105,18%	111,56%	109,61%	113,18%	121,32%
Sz 3	100,00%	105,04%	123,87%	136,21%	157,65%	186,08%
Sz 4	100,00%	103,62%	116,41%	122,04%	134,88%	153,07%
Sz 5	100,00%	103,97%	117,93%	124,33%	137,79%	156,31%
Sz 6	100,00%	103,61%	115,70%	113,28%	121,93%	135,45%
Sz 6a	100,00%	103,61%	115,70%	105,93%	112,92%	125,02%
Sz 6b	100,00%	103,61%	108,39%	104,86%	112,16%	124,89%
Sz 7	100,00%	103,53%	115,60%	119,76%	131,60%	148,93%
Sz 8	100,00%	103,83%	117,89%	122,67%	135,07%	152,73%

Tabelle B 7: Beitragsentwicklung in der Beihilfe, undiskontiert, aktueller Bestand (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	107,38%	131,04%	139,01%	140,03%	135,16%
Sz 2	100,00%	108,99%	125,45%	122,81%	108,91%	85,99%
Sz 3	100,00%	108,90%	140,53%	159,97%	178,73%	193,95%
Sz 4	100,00%	107,40%	131,72%	142,09%	150,17%	159,96%

Sz 5	100,00%	107,78%	133,57%	144,34%	149,90%	148,14%
Sz 6	100,00%	107,38%	130,45%	128,82%	119,09%	91,17%
Sz 6a	100,00%	107,38%	130,45%	118,35%	101,08%	63,35%
Sz 6b	100,00%	107,38%	121,46%	114,24%	96,37%	60,81%
Sz 7	100,00%	107,31%	130,51%	136,82%	136,04%	123,90%
Sz 8	100,00%	107,66%	134,36%	143,91%	152,41%	163,67%

Tabelle B 8: Beitragsentwicklung in der Beihilfe, diskontiert, aktueller Bestand (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	101,18%	106,38%	97,24%	84,41%	70,20%
Sz 2	100,00%	102,69%	101,85%	85,91%	65,65%	44,66%
Sz 3	100,00%	102,60%	114,09%	111,91%	107,73%	100,73%
Sz 4	100,00%	101,19%	106,94%	99,40%	90,52%	83,08%
Sz 5	100,00%	101,55%	108,44%	100,98%	90,36%	76,94%
Sz 6	100,00%	101,18%	105,91%	90,12%	71,79%	47,35%
Sz 6a	100,00%	101,18%	105,91%	82,79%	60,93%	32,91%
Sz 6b	100,00%	101,18%	98,61%	79,91%	58,09%	31,58%
Sz 7	100,00%	101,10%	105,95%	95,71%	82,00%	64,35%
Sz 8	100,00%	101,43%	109,08%	100,67%	91,87%	85,01%

Tabelle B 9: Beitragsentwicklung in der PVN, undiskontiert (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	196,55%	311,83%	441,45%	546,69%	708,19%
Sz 2	100,00%	190,72%	279,04%	356,52%	463,47%	490,85%
Sz 3	100,00%	204,90%	354,38%	488,90%	731,57%	866,22%
Sz 4	100,00%	196,55%	311,83%	347,89%	440,94%	597,17%
Sz 4a	100,00%	196,55%	311,83%	270,67%	366,44%	510,87%
Sz 4b	100,00%	196,55%	238,12%	286,49%	378,01%	519,67%
Sz 5	100,00%	195,04%	294,77%	399,43%	471,87%	588,93%

Tabelle B 10: Beitragsentwicklung in der PVB, undiskontiert (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	173,10%	254,06%	337,19%	396,39%	517,73%
Sz 2	100,00%	167,61%	237,12%	259,15%	318,71%	390,75%
Sz 3	100,00%	183,77%	292,05%	374,29%	531,25%	635,55%
Sz 4	100,00%	173,10%	254,06%	262,14%	312,22%	432,73%
Sz 4a	100,00%	173,10%	254,06%	202,12%	259,66%	366,53%
Sz 4b	100,00%	173,10%	200,72%	215,96%	267,07%	372,91%
Sz 5	100,00%	169,15%	239,24%	305,34%	342,77%	433,05%

Tabelle B 11: Beitragsentwicklung in der PVN, diskontiert (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	185,18%	253,16%	308,81%	329,53%	367,83%
Sz 2	100,00%	179,69%	226,54%	249,40%	279,37%	254,94%
Sz 3	100,00%	193,05%	287,70%	342,01%	440,97%	449,91%
Sz 4	100,00%	185,18%	253,16%	243,36%	265,79%	310,16%
Sz 4a	100,00%	185,18%	253,16%	189,34%	220,88%	265,34%
Sz 4b	100,00%	185,18%	193,32%	200,41%	227,86%	269,91%
Sz 5	100,00%	183,77%	239,31%	279,42%	284,43%	305,88%

Tabelle B 12: Beitragsentwicklung in der PVB, diskontiert (indiziert, 2016: 100%)

	2016	2020	2030	2040	2050	2060
Sz 1	100,00%	163,09%	206,26%	235,88%	238,93%	268,90%
Sz 2	100,00%	157,92%	192,51%	181,29%	192,11%	202,95%
Sz 3	100,00%	173,14%	237,10%	261,83%	320,22%	330,10%
Sz 4	100,00%	163,09%	206,26%	183,38%	188,20%	224,76%
Sz 4a	100,00%	163,09%	206,26%	141,39%	156,52%	190,37%
Sz 4b	100,00%	163,09%	162,96%	151,08%	160,98%	193,68%
Sz 5	100,00%	159,37%	194,22%	213,60%	206,61%	224,92%

8 Literaturverzeichnis

- [1] Bundesministerium für Finanzen. Vierter Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen. 2016
- [2] Moog S., Raffelhüschen B. Argumente zur Marktwirtschaft und Politik Nr. 131: Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz (Update 2015) - Was kostet eine solidarische Lebensleistungsrente? Stiftung Marktwirtschaft 2015
- [3] Reeker G., Moog S., Raffelhüschen B. Argumente zur Marktwirtschaft und Politik Nr. 133: Ehrbare Staaten? Update 2015: Die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen in Europa. 2015 Stiftung Marktwirtschaft 2015
- [4] Werding M. Modellrechnung für den vierten Tragfähigkeitsbericht des BMF. FiFo-Bericht Nr. 20. Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln. 2016
- [5] Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt Wiesbaden. 2015
- [6] Statistisches Bundesamt. Geburtenziffer 2015: Erstmals seit 33 Jahren bei 1,5 Kindern je Frau. Pressemitteilung 373/16. 2016
- [7] Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Zensus 2011. www.zensus2011.de
- [8] Statistisches Bundesamt. Nettozuwanderung von Ausländerinnen und Ausländern im Jahr 2015 bei 1,1 Millionen. Pressemitteilung 105/16. 2016
- [9] Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Vorläufige Wanderungsergebnisse. Statistisches Bundesamt Wiesbaden. 2016
- [10] Statistisches Bundesamt. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Inlandsproduktsberechnung - Lange Reihen ab 1970. Fachserie 18 Reihe 1.5. Statistisches Bundesamt Wiesbaden. 2016
- [11] Statistisches Bundesamt, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen 2014. Fachserie 18 Reihe 1.4. Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2015
- [12] Europäische Kommission. The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU 28 Member States (2013–2060). European Economy, 3/2015. Brüssel. 2015
- [13] Statistisches Bundesamt. Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn. Stand 16.12.2016
- [14] Arentz C, Eich H, Wild F. Entwicklung der Beitragseinnahmen in der PKV und GKV. WIP-Kurzanalyse 2/2016. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). Köln 2016
- [15] Niehaus F. Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). Köln 2008

[16] Niehaus F. Alter und steigende Lebenserwartung – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). Köln 2006

[17] Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Frühjahrsprojektion 2015 der Bundesregierung: Deutsche Wirtschaft im Aufschwung, In: Schlaglichter der Wirtschaftspolitik, Monatsbericht Mai 2015, S. 17 – 24.

[18] Werding M. Modell für flexible Simulationen zu den Effekten des demographischen Wandels in Deutschland (SIM.11- eSUV). Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Lehrstuhl für Sozialpolitik und öffentliche Finanzen: Ruhr-Universität Bochum 2011.

[19] Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2050: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt Wiesbaden. 2006

[20] Statistisches Bundesamt. Höchststände bei Zuwanderung und Wanderungsüberschuss in Deutschland. Pressemitteilung 246/16. 2016

[21] Stiftung Marktwirtschaft. www.stiftung-marktwirtschaft.de

[22] Springer Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Bruttoinlandsprodukt (BIP), online im Internet:
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/57565/bruttoinlandsprodukt-bip-v8.html>

[23] Springer Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Staatsquote, online im Internet:
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/6283/staatsquote-v10.html>

[24] Moog S., Raffelhüschen B. Argumente zur Marktwirtschaft und Politik Nr. 127: Alte Gewinner und junge Verlierer - Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz - Update 2014. Stiftung Marktwirtschaft 2014

[25] www.sozialpolitik-aktuell.de

[26] European Commission (2015): Annual macro-economic database (AMECO, last update: 05/05/2015), online im Internet:
http://ec.europa.eu/economy_finance/db_indicators/ameco/index_en.htm.

[27] Bundesversicherungsamt. GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2015 (Stand: 24.07.2017)
http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Info-Dateien%20und%20Auswertungen/GKV_Altersausgabenprofile_1996-2015.xlsx

[28] Bundesministerium für Gesundheit: Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli des jeweiligen Jahres) 2015
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM6_2015.xls

[29] Bundesministerium für Gesundheit. Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten: Versicherte.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/20150701.xls

[30] Bundesministerium für Gesundheit. Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten: Leistungsempfänger.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2015.xls

[31] Breyer, Friedrich und Volker Ulrich (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220(1), S. 1–17.

9 Abkürzungsverzeichnis

AF	Auslösender Faktor
AR	Alterungsrückstellung
BAP	Beitragsanpassung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BVA	Bundesversicherungsamt
GKR	Gesetzliche Krankenversicherung
GKS	Grundkopfschaden
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
J	Jahr
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
MP	Model-Point
MTF	Medizinisch-Technischer Fortschritt
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Pflegepflichtversicherung
PVB	Private Pflegeversicherung (Beihilfeberechtigte)
PVN	Private Pflegeversicherung (Normalversicherte)
RfB	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
RSA	Risikostrukturausgleich
SES	Strukturelle Einnahmeschwäche
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SIM.11	Social Insurance Modell (Version 2011)
SIM.13	Social Insurance Modell (Version 2013)
TFB	Tragfähigkeitsbericht
ÜZ	Überzins = Differenz zwischen Rechnungs- und Nettozins
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV