

## 2 Gesetzliche Krankenversicherung im Wandel

### 2.1 Vier Entwicklungslinien

Als Grundlage für Handlungsoptionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV), kurz Gesundheit und Pflege, ist es erforderlich, Daten aufzubereiten. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass sich Daten, die heute als zuverlässig gelten, verändern können, dass es nicht vorhersehbare und damit nicht kalkulierbare Entwicklungen gibt. Daten müssen kontinuierlich überprüft werden. Dies trifft auch auf veränderte Rahmenbedingungen zu.

Für die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung sind vier Entwicklungslinien von besonderer Bedeutung.

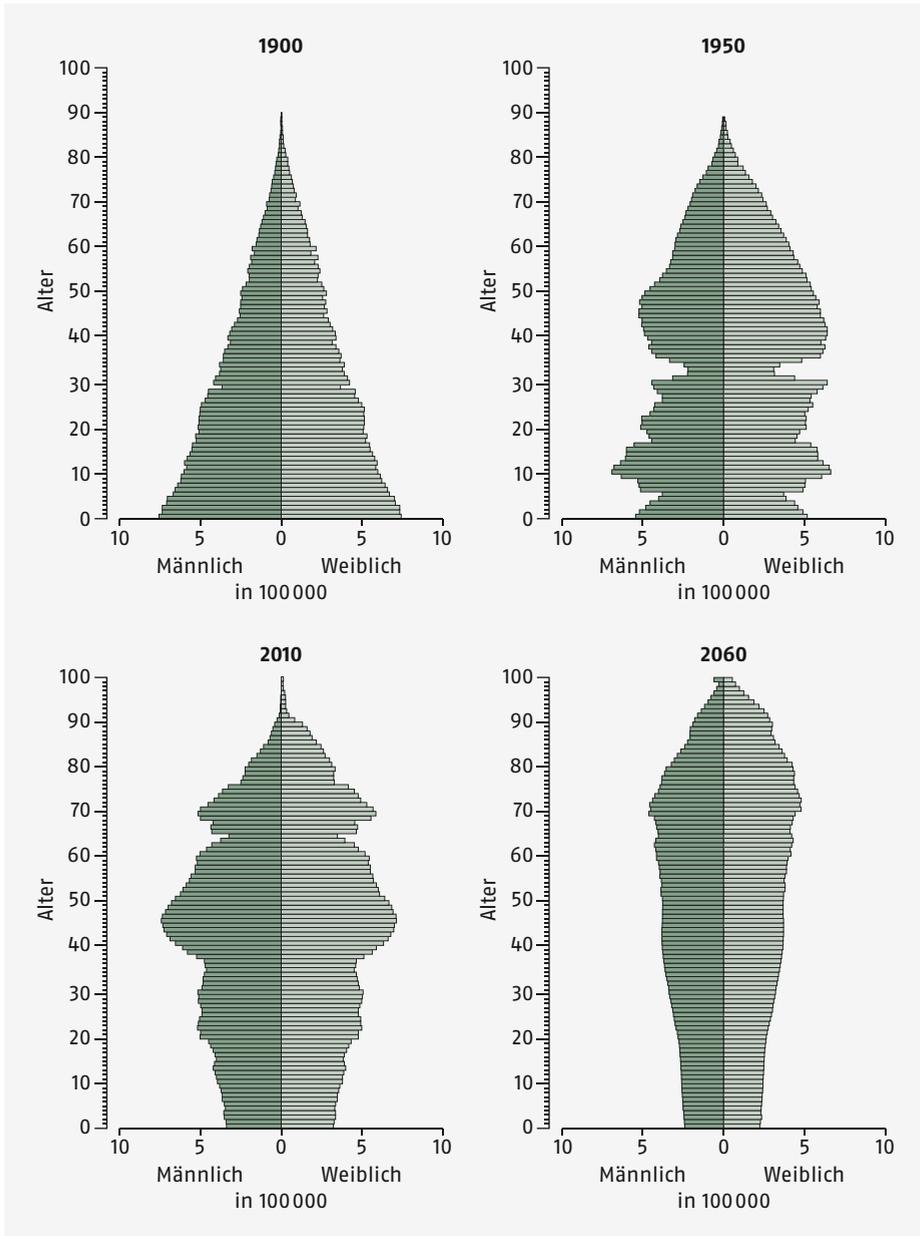
#### 2.1.1 1. Bevölkerungsentwicklung bis 2060

Immer dann, wenn es um demografische Daten und um sich daraus ableitende Entwicklungstendenzen geht, wird auf Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes Bezug genommen und dabei besonders auf die koordinierten Bevölkerungsvorausberechnungen, die mit der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bis 2060 vorliegen.

Es muss betont werden, dass es sich bei den Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamts nicht um Schätzungen oder um Prognosen handelt, sondern um **Berechnungen** auf Grundlage der bereits lebenden Bevölkerung. Das Statistische Bundesamt geht bei seinen Berechnungen von verschiedenen Varianten aus, die sich aus der Kombination von Annahmen zu Geburtenhäufigkeit und Lebenserwartung sowie zum Saldo der Zuzüge nach und der Fortzüge aus Deutschland ergeben, dem Wanderungssaldo.

Grundlage der hier dargestellten Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ist die Variante 1-W1, welche die Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung mit folgenden Annahmen abbildet:

- Geburtenhäufigkeit annähernd konstant bei 1,4 Kindern je Frau im gebärfähigen Alter
- Lebenserwartung Neugeborener 2060 für Jungen 85,0 und für Mädchen 89,2 Jahre
- Jährlicher Wanderungssaldo mit 100 000 Zuzügen nach Deutschland.



● **Abb. 2.1** Lebensbaum der deutschen Bevölkerung 1900, 1950, 2010 und 2060. Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009.

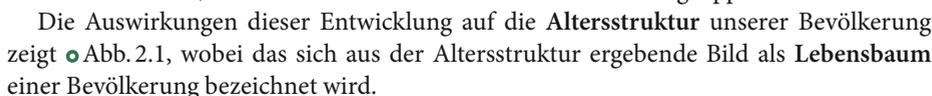
Die **Bevölkerungsentwicklung** beschreibt die Entwicklung der Bevölkerungszahl eines bestimmten Gebiets, z. B. eines Landes oder einer Stadt. Als Demografie wird die Bevölkerungswissenschaft bezeichnet, eine wissenschaftliche Disziplin, die sich vorwiegend statistisch mit der Entwicklung von Bevölkerungen befasst.

In der öffentlichen Diskussion über die Bevölkerungsentwicklung wird statt Bevölkerungsentwicklung, einem quantitativen Begriff, auch vom **demografischen Wandel** gesprochen, ein qualifizierender Begriff. Mit dieser Wortwahl wird bereits angedeutet, dass es grundlegende Veränderungen in der Bevölkerungsentwicklung gibt. Ausdruck dieser Veränderungen ist das Schlagwort „alternde Bevölkerung“. Die Zahlen bestätigen diesen Wandel.

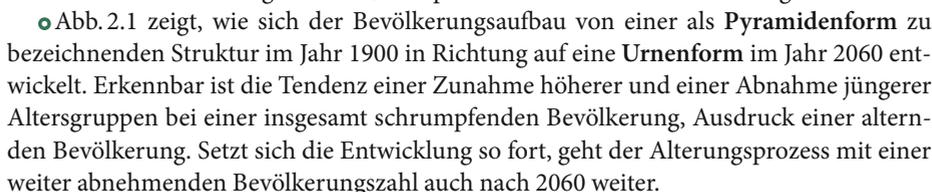
Bestimmend für die Entwicklung einer Bevölkerung sind geboren werden und sterben.

Statistisches Maß des **Geborenenwerdens** ist die **Geburtensziffer**, die Zahl der Neugeborenen je Frau im gebärfähigen Alter. 2010 betrug die Geburtensziffer 1,39, eine der niedrigsten Geburtensziffern in Europa, und dies seit vielen Jahren.

Für das Sterben gibt es als statistischen Begriff die **Sterbeziffer**, die Zahl der Sterbefälle bezogen auf die Bevölkerung, z. B. die Zahl der Gestorbenen je 100 000 Einwohner. Hier reicht der Hinweis, dass sich das Sterben in immer höhere Altersgruppen verschiebt.

Die Auswirkungen dieser Entwicklung auf die **Altersstruktur** unserer Bevölkerung zeigt  **Abb. 2.1**, wobei das sich aus der Altersstruktur ergebende Bild als **Lebensbaum** einer Bevölkerung bezeichnet wird.

Mit den Lebensbäumen, der Zusammensetzung der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, ergibt sich besonders eindrucksvoll die Entwicklung unserer Bevölkerung. Die Basis bilden die Neugeborenen, die Spitze die Ältesten der Bevölkerung.

 **Abb. 2.1** zeigt, wie sich der Bevölkerungsaufbau von einer als **Pyramidenform** zu bezeichnenden Struktur im Jahr 1900 in Richtung auf eine **Urnenform** im Jahr 2060 entwickelt. Erkennbar ist die Tendenz einer Zunahme höherer und einer Abnahme jüngerer Altersgruppen bei einer insgesamt schrumpfenden Bevölkerung, Ausdruck einer alternenden Bevölkerung. Setzt sich die Entwicklung so fort, geht der Alterungsprozess mit einer weiter abnehmenden Bevölkerungszahl auch nach 2060 weiter.

Eine besondere Zeit sind die Jahre 1955 bis 1968, die als Baby-Boomer-Jahre bezeichnet werden. In diesen Jahren sind in Deutschland überdurchschnittlich viele Kinder geboren worden.

 **Tab. 2.1** Bevölkerungsentwicklung in drei Altersgruppen 2010 bis 2060 in 10-Jahresabständen

Jahr	Bevölkerung in 1 000			
	Insgesamt	0 bis 19 Jahre	20 bis 66 Jahre	67 Jahre und älter
2010	81 545	15 017	51 294	15 236
2020	79 914	13 624	49 723	16 567
2030	77 350	12 927	44 771	19 652
2040	73 829	11 791	40 025	22 013
2050	69 412	10 701	37 562	21 149
2060	64 651	10 085	34 228	20 338

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009.

Die Veränderung der Altersstruktur ist von entscheidender Bedeutung für die Zukunft unserer Gesellschaft, dabei aber auch für die Bereiche Gesundheit und Pflege. Besonders aussagekräftig ist dafür die **Gliederung der Altersstruktur** in die Gruppen nachwachsende Generation, Altersgruppe 0 bis 19 Jahre, Gruppe im erwerbsfähigen Alter, 20 bis 66 Jahre, und der Gruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter, 67 Jahre und älter.

■ Tab. 2.1 zeigt die Zusammensetzung der Bevölkerung in diesen drei Altersgruppen von 2010 bis 2060.

Es zeigt sich, dass die **Bevölkerungszahl** von rund 82 Millionen 2010 über 77 Millionen 2030 auf 65 Millionen 2060 und damit um 17 Millionen zurück geht. Im gleichen Zeitraum nimmt die nachwachsende Generation von 15 auf 10 und damit um 5 Millionen, die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter von 51 auf 34 und damit um 17 Millionen ab. Allein die Altersgruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter nimmt zu, von 15 auf 20 und damit um 5 Millionen.

Die Abnahme der nachwachsenden Generation und der Generation im erwerbsfähigen Alter haben weitreichende Auswirkungen. In Bezug auf die nachwachsende Generation ist schon heute spürbar, dass Berufsanfänger fehlen. Dies nimmt zu.

Die Abnahme der Generation im erwerbsfähigen Alter betrifft diejenige Altersgruppe, die in erster Linie das Bruttoinlandsprodukt erarbeitet, die Steuern und Versicherungsbeiträge zahlt und die damit auch die Beiträge für die Gesetzliche Krankenversicherung und die Soziale Pflegeversicherung entrichtet und von der die überwiegende Zahl der Arbeitskräfte gestellt wird, auch in Gesundheit und Pflege.

Ein Indikator für diese Entwicklung ist der **Altenquotient**, die statistische Relation der Altersgruppe im erwerbsfähigen zur Altersgruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter. Werden für diesen Quotienten statt der Erwerbsfähigen die Erwerbstätigen so zugrunde gelegt, wie es ungefähr den tatsächlichen Verhältnissen unter Berücksichtigung von Arbeitslosen, Kranken und Behinderten entspricht, dann arbeiten und sorgen heute rund drei Erwerbstätige für einen, der altersbedingt nicht mehr erwerbstätig ist. Ab 2050 arbeitet und sorgt nur noch ein Erwerbstätiger für einen altersbedingt nicht mehr Erwerbstätigen. Die Relation verändert sich von 3:1 auf 1:1.

Die wesentlichen Gründe für diese Entwicklung sind die über lange Zeiträume niedrige Kinderzahl und die sinkende Sterblichkeit in jüngeren Altersgruppen. Aber selbst wenn ab sofort die Geburtenziffer auf 2,1 Kinder steigen würde, womit die Bestandserhaltung unserer Bevölkerung gesichert wäre, würde dies nach Auffassung des Statistischen Bundesamtes nur geringfügige Auswirkungen auf den demografischen Trend bis 2060 haben. Ähnlich wird eine verstärkte Zuwanderung beurteilt.

Ein zweiter Indikator für die durch die Bevölkerungsentwicklung auf unsere Gesellschaft zukommende Entwicklung ist die **Lebenserwartung**, das voraussichtliche Alter, das im statistischen Mittel zu erwarten ist. Um 1900 hatte ein neugeborener Junge eine Lebenserwartung von 40,6, ein neugeborenes Mädchen von 44 Jahren. Heute wird die Lebenserwartung mit zwei unterschiedlichen Methoden errechnet, der **Periodensterbetafel** [26] und der **Generationensterbetafel** [27]. Nach der **Periodensterbetafel** 2009/2011 hat heute ein neugeborener Junge eine Lebenserwartung von 77,7, ein neugeborenes Mädchen von 82,7 Jahren, nach der **Generationensterbetafel** mit 83,1 Jahren für Jungen und 88,3 Jahren für Mädchen eine höhere Lebenserwartung.

▣ **Tab. 2.2** Durchschnittliche Rentenbezugsdauer in der Gesetzlichen Rentenversicherung 1960 bis 2011, Westdeutschland 1960 bis 1990, Deutschland 1995 bis 2011

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
<b>Westdeutschland</b>			
1960	9,9	9,6	10,6
1965	10,5	10,1	11,6
1970	11,6	10,3	12,7
1975	12,1	10,6	13,2
1980	13,1	11,0	13,8
1985	15,4	11,9	14,9
1990	15,7	13,9	17,2
<b>Deutschland</b>			
1995	15,8	13,6	18,2
2001	16,3	13,8	18,9
2002	16,6	14,0	19,3
2003	16,8	14,3	19,3
2004	16,9	14,3	19,5
2005	17,2	14,7	19,8
2006	17,2	14,8	19,6
2007	17,4	15,0	19,9
2008	18,0	15,5	20,4
2009	18,2	15,8	20,6
2010	18,5	16,2	20,9
2011	18,3	16,0	20,6

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, Rentenversicherung in Zeitreihen 2012.

Die Lebenserwartung nimmt weiter zu. Es wird erwartet, dass 2060 die Lebenserwartung im günstigsten Fall für Jungen bis zu 87,7 und für Mädchen bis zu 91,2 Jahre betragen kann [28].

Eine steigende Lebenserwartung hat vielfältige Auswirkungen, darunter auch auf die **Lebensarbeitszeit**, eine Zeit, die von dem **Berufseintrittsalter** und dem **Renteneintrittsalter** bestimmt wird. Mit einer längeren Lebenserwartung ist zumindest theoretisch auch eine längere Lebensarbeitszeit möglich, z. B. durch ein späteres Renteneintrittsalter. Die Diskussion hierüber läuft. Die Entwicklung der Lebenserwartung hat schon jetzt dazu

geführt, dass sich die **Rentenbezugsdauer** verlängert. Diese Entwicklung hat Auswirkungen insbesondere auf die Gesetzliche Rentenversicherung, da im Durchschnitt Rente für einen länger dauernden Ruhestand gezahlt werden muss. Die Entwicklung zeigt ▣ Tab. 2.2.

Die durchschnittliche Rentenbezugsdauer ist seit 1960 kontinuierlich gestiegen. Während 1960 in Westdeutschland die durchschnittliche Rentenbezugsdauer von Männern bei 10 Jahren lag, bezogen sie 2011 ihre Rente rund 16 Jahre, also 6 Jahre länger. Bei Frauen stieg die Rentenbezugsdauer von 1960 (Westdeutschland) bis 2011 (Deutschland) von 11 auf 21 Jahre, 10 Jahre mehr. Auch diese Entwicklung ist in erster Linie auf die steigende Lebenserwartung zurückzuführen. Die Entwicklung dauert an. Die Rentenbezugsdauer wird sich weiter verlängern.

Die steigende Lebenserwartung ist weitgehend das Ergebnis der medizinischen Versorgung, im Übrigen individuell und damit von Person zu Person verschieden.

Der demografische Wandel macht deutlich, welche Aufgaben in Zukunft in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger zu bewältigen sind. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Verlängerung der Lebenserwartung. Bei der Basisannahme des Statistischen Bundesamts, wird eine Lebenserwartung bei Geburt für Männer von 85 und für Frauen von 89,2 Jahren erwartet. In der hohen Lebenserwartungsannahme beträgt die Lebenserwartung bei Männern 87,7 und bei Frauen 91,2 Jahre. Es nimmt aber auch zu, die fernere Lebenserwartung, die bei einem bestimmten Alter noch zu erwartende Lebenserwartung, die insgesamt höher ist, als die Lebenserwartung bei Geburt. So können 65-jährige Männer bzw. Frauen noch 17,5 bzw. 20,7 weitere Jahre erwarten. Voraussetzung ist die Fortsetzung einer verbesserten medizinischen Versorgung und damit die Verminderung des Sterberisikos in den höheren Altersgruppen ähnlich wie in den letzten 35 Jahren.

Annahmen über Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung und dabei insbesondere der zu erwartenden Lebenserwartung auf die Gesundheitsversorgung und auf die Versorgung Pflegebedürftiger sind an derartige Vorausberechnungen gebunden. Daraus lassen sich auch finanzielle Belastungen der Gesetzlichen Krankenversicherung vorausberechnen, wie es in ► Kap. 2.1.5 geschieht.

Der internationale Vergleich zeigt, dass eine noch höhere Lebenserwartung möglich ist, mit allen sich daraus für die Gesundheitsversorgung, die Versorgung Pflegebedürftiger und die Gesetzliche Rentenversicherung ergebenden Folgen. Nach Veröffentlichungen der OECD 2010 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen und Männern 79,7 Jahre, in Deutschland 80,5 Jahre, aber z. B. in Japan 83, in der Schweiz 82,6 und in Schweden 81,5 Jahre. Sie lag damit höher als in Deutschland [29]. Diese Ergebnisse könnten auch bei uns erreicht werden.

Die bisher genannten Berechnungen über die voraussichtliche Lebenserwartung werden aber auch angezweifelt. Nach einer Studie des US-Forschungsinstituts National Research Council lagen die Prognosen zur Lebenserwartung in den Vereinigten Staaten und in anderen Industrieländern in den vergangenen Jahrzehnten im Schnitt um drei Jahre zu niedrig [30]. Träfe dies so oder ähnlich auch auf Deutschland zu, wären die Auswirkungen kaum abzusehen.

Kein Land Europas hat eine so ungünstige Altersstruktur seiner Bevölkerung wie Deutschland, Auswirkungen zweier Weltkriege und der Baby-Boomer-Jahre von 1955 bis 1968 mit nachfolgendem Pillenknick und der seit dieser Zeit niedrigen Geburtenziffer. Die

Baby-Boomer-Jahre gehen ab 2015 in den Ruhestand mit Auswirkungen auf Beitragszahler und Rentner. So können ab 2015 bis 2029 jährlich zwischen 300 000 und 500 000 mehr Erwerbsfähige aus dem Erwerbsleben ausscheiden als im Jahr davor mit einer entsprechenden Reduktion der Beitragszahler und einer Erhöhung der Rentner. Die zunehmende Lebenserwartung führt dazu, dass ab 2050 jeder Neurentner mit einer durchschnittlichen Rentenbezugsdauer von 25 Jahren rechnen kann. Die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und an die Versorgung Pflegebedürftiger steigen.

### 2.1.2 2. Krankheitsrisiko

Zu den Auswirkungen einer steigenden Lebenserwartung gehören Veränderungen im Krankheitsbild einer Bevölkerung, der Krankheitshäufigkeit, der Morbidität, dem Krankheitsrisiko. Jede Bevölkerung hat ihre eigene, von der Altersstruktur abhängige Morbidität. In einer alternden Bevölkerung nehmen zu die Multimorbidität und altersbedingte chronische Krankheiten. Multimorbidität bedeutet mehrere Krankheiten beim selben Patienten. Da mit dem Alter die Krankheitshäufigkeit insgesamt zunimmt, gibt es in einer älter werdenden Bevölkerung auch eine zunehmende Zahl multimorbider Patienten. Die Behandlung dieser Patienten erfordert einen größeren Aufwand mit höheren Kosten.

Für die Krankheitshäufigkeit liegen Prognosen zur Entwicklung einzelner Krankheiten bis 2050 vor, unterschieden nach Prävalenz (Zahl der Erkrankten) und Inzidenz (Zahl der Neuerkrankungen) oder auch mit beiden Angaben. Eine Auswertung zeigt [Tab. 2.3](#) mit der Prävalenz oder Inzidenz von 22 Krankheiten für die Jahre 2007, 2030 und 2050 mit der Steigerungsrate von 2007 zu 2030 und 2050 [31].

Aus dieser Tabelle werden exemplarisch die Daten für einige Krankheiten dargestellt.

**Altersbedingte Makuladegeneration**, eine Augenkrankheit, die zur Erblindung führen kann. Zunahme der Erkrankten von 710 000 im Jahr 2007 auf 1,6 Millionen 2050, eine Zunahme von 125 Prozent.

**Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)**. Zunahme der Erkrankten nach unterschiedlichen Studien von 4,1 bis 6,4 Millionen 2007 auf 5,8 bis 7,8 Millionen 2050, eine Zunahme von 20 bis 22 Prozent.

**Herzinfarkt**. Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen von 313 000 im Jahr 2007 auf 548 000 im Jahr 2050, eine Zunahme von 75 Prozent.

**Schlaganfall**, eine häufige Ursache von Pflegebedürftigkeit. Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen von 186 000 im Jahr 2007 auf 301 000 im Jahr 2050, eine Zunahme von 62 Prozent.

**Krebs insgesamt**. Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen von 461 000 im Jahr 2007 auf 588 000 im Jahr 2050, eine Zunahme von 27 Prozent.

**Demenz**. Zunahme der Erkrankten von 1,1 Millionen 2007 auf 2,2 Millionen 2050, eine Zunahme von 104 Prozent. Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen von 290 000 im Jahr 2007 auf 610 000 im Jahr 2050, eine Zunahme von 113 Prozent. Die Zahl der Demenzkranken soll nach einer neueren Studie 2060 bei 2,5 Millionen liegen [32]. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an Demenz zu erkranken, betrifft jede zweite Frau und jeden dritten Mann.

■ **Tab. 2.3** 22 Krankheiten 2007, 2030 und 2050 absolut und prozentuale Veränderung zu 2007

Krankheit	2007	2030	2050
<b>Krankheiten des Auges</b>			
Altersbedingte Makuladegeneration	710 000	–	1 600 000 (+125 %)
Glaukom	1 104 000	1 445 000 (+31 %)	1 584 000 (+43 %)
<b>Krankheiten des Bewegungsapparats</b>			
Osteoporose	8 300 000	10 200 000 (+23 %)	10 400 000 (+26 %)
Oberschenkelhalsfraktur	117 000	166 000 (+42 %)	221 000 (+88 %)
Arthrose	13 600 000	15 600 000 (+15 %)	14 900 000 (+9 %)
Rheumatoide Arthritis	623 000	733 000 (+18 %)	732 000 (+18 %)
Chronische Rückenschmerzen	12 700 000	13 000 000 (+2 %)	12 100 000 (–5 %)
<b>Diabetes mellitus und Folgekrankheiten</b>			
Diabetes mellitus	4 100 000– 6 400 000	4 900 000– 7 800 000 (+22 %)	5 800 000– 7 800 000 (+20 % – +22 %)
<b>Krankheiten des Gehörs</b>			
Taubheit und Schwerhörigkeit als Behinderung	275 000	314 000 (+14 %)	304 000 (+11 %)
Schwerhörigkeit	8 800 000	10 800 000 (+23 %)	11 200 000 (+28 %)
<b>Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems</b>			
Hypertonie	34 800 000	37 900 000 (+9 %)	35 500 000 (+2 %)
Herzinfarkt – jährliche Neuerkrankungen	313 000	444 000 (+42 %)	548 000 (+75 %)
Schlaganfall – jährliche Neuerkrankungen	186 000	255 000 (+37 %)	301 000 (+62 %)

■ **Tab. 2.3** 22 Krankheiten 2007, 2030 und 2050 absolut und prozentuale Veränderung zu 2007 (Fortsetzung)

Krankheit	2007	2030	2050
<b>Krebskrankheiten</b>			
Krebs insgesamt – jährliche Neuerkrankungen	461 000	580 000 (+26 %)	588 000 (+27 %)
Brustkrebs – jährliche Neuerkrankungen	59 000	64 000 (+9 %)	59 000 (±0 %)
Prostatakrebs – jährliche Neuerkrankungen	63 000	88 000 (+39 %)	88 000 (+39 %)
Darmkrebs – jährliche Neuerkrankungen	78 000	102 000 (+31 %)	109 000 (+40 %)
Lungenkrebs – jährliche Neuerkrankungen	49 000	63 000 (+28 %)	62 000 (+26 %)
<b>Krankheiten der Lunge</b>			
Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	6 400 000	7 900 000 (+23 %)	7 900 000 (+23 %)
Ambulant erworbene Lungenentzündung	1 200 000	1 900 000 (+68 %)	2 900 000 (+149 %)
<b>Krankheiten des Nierensystems</b>			
Niereninsuffizienz (dialysepflichtig)	72 000	84 000 (+18 %)	85 300 (+18 %)
Niereninsuffizienz (dialysepflichtig) – jährliche Neuerkrankungen	19 000	22 800 (+20 %)	23 200 (+22 %)
<b>Psychische Störungen und Verhaltensstörungen</b>			
Demenz	1 100 000	1 600 000 (+51 %)	2 200 000 (+104 %)
Demenz – jährliche Neuerkrankungen	290 000	440 000 (+53 %)	610 000 (+113 %)

Die Werte in Klammern geben die prozentuale Veränderung zu 2007 an.

Immer wieder werden die Auswirkungen des demografischen Wandels mit einer abnehmenden Bevölkerungszahl und einer ständig zunehmenden Lebenserwartung unterschätzt oder heruntergespielt, so dass auch an dieser Stelle noch einmal auf diese Problematik eingegangen werden soll und dies mit den Zahlen der **Hochbetagten**. Unter Hochbetagten werden diejenigen verstanden, die 80 Jahre und älter sind. 2050 gibt es zweieinhalb Mal so viele Hochbetagte wie 2010. Ihre Zahl erhöht sich von 4,3 auf 10,2 Millionen. Nach 2050 sinkt ihre Zahl zwar wieder auf 9 Millionen ab, ist dann aber mit 4,3 Millionen immer noch mehr als doppelt so hoch wie 2010. Es ist vorzugsweise diese Altersgruppe, die einen hohen Bedarf an Gesundheitsversorgung hat, die aber auch die größte Zahl von Pflegebedürftigen und dabei besonders von Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen stellt.

### 2.1.3 3. Medizinischer Fortschritt

Der medizinische Fortschritt, auch als medizinisch-technischer Fortschritt darum bezeichnet, weil Grundlage des medizinischen Fortschritts im Wesentlichen technisch bedingte Innovationen im Arzneimittelbereich und in der Medizintechnik sind, ist die wohl wichtigste Grundlage für die Verbesserung der medizinischen Versorgung. Es wird einhellig gefordert, dass der medizinische Fortschritt Jedem ohne Ansehen der Person und damit unabhängig von seinem sozialen Status und seiner Einkommenssituation zugutekommt. Dieser Forderung wird in unserem Gesundheitswesen uneingeschränkt entsprochen.

Die Kosten des medizinischen Fortschritts sind hoch. Die Fachwelt ist sich darüber einig, dass sie die finanziellen Auswirkungen des demografischen Wandels auf Gesundheit und Pflege übersteigen, und dies bei Weitem. Der von allen gewünschte medizinische Fortschritt, der wesentlich zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und zur weiteren Verlängerung des Lebens beiträgt, wird die Probleme der Gesundheitsversorgung und der Versorgung Pflegebedürftiger verschärfen.

### 2.1.4 4. Fachkräftebedarf und Fachkräftemangel

Versorgungsumfang und Versorgungsqualität in Gesundheit und Pflege werden entscheidend von Zahl und Qualifikation der Gesundheitsberufe bestimmt. Von besonderer Bedeutung sind dabei Ärzte und Pflegepersonen.

Es ist vorhersehbar, dass schon allein die sich bis 2060 verringemde Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter um 17 Millionen und die abnehmende Zahl der nachwachsenden Generation um 5 Millionen zu Arbeitskräftemangel insgesamt und zu einem Fachkräftemangel auch in Gesundheit und Pflege führt. Besonders beim Nachwuchs stehen alle Berufe in Konkurrenz zueinander und so, wie der Gesamtbedarf nicht gedeckt werden kann, wird auch der Bedarf in Gesundheit und Pflege nicht gedeckt werden können. Schon jetzt häufen sich Berichte über den Mangel an Ärzten und mehr noch an Pflegekräften mit Hinweis auf eine sich verschärfende Situation.

PricewaterhouseCoopers hat in Verbindung mit dem Institut WifOR errechnet, dass 2030 von 165 000 fehlenden Ärzten, 400 000 fehlenden Pflegekräften und 950 000 fehlenden Fachkräften im Gesundheitswesen insgesamt ausgegangen werden kann [33]. Hinsichtlich des künftigen Bedarfs und Möglichkeiten der Bedarfsdeckung an Ärzten gibt es keine detaillierten und berechneten Angaben. Von der Ärzteschaft wird in mehr allge-

meinen Formulierungen auf die ungünstige Altersstruktur der Ärzte hingewiesen mit der Annahme, dass es nicht gelingen wird den künftigen Bedarf an Ärzten zu decken. Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer glaubt, dass wir schon in zehn Jahren in Afrika und Asien händierend versuchen werden, Ärzte und Pflegepersonal zu rekrutieren [34]. Für Vertragsärzte hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) berechnet, dass im Laufe der nächsten zehn Jahre ca. 40 Prozent der Vertragsärzte aus der Versorgung ausscheiden mit dem Hinweis, dass eine seriöse Prognose der Abgänge und des Bestands an Vertragsärzten mit der verwendeten Methodik über einen Zeitraum von zehn Jahren hinaus nicht möglich ist [35]. In Bezug auf Pflegekräfte werden dem Statistischen Bundesamt zufolge 2025 etwa 152 000 Pflegekräfte in Krankenhäusern und in der Altenpflege fehlen [36]. Das IGSF hat 2012 errechnet, dass sich der Bedarf an Pflegekräften in der Pflegeversicherung von 2009 bis 2060 mehr als verdoppeln wird, von rund 630 000 auf rund 1,4 Millionen. Nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung könnten 2030 rund ein halbe Million Pflegekräfte fehlen [37]. 2009 waren 1,3 Prozent der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in der Versorgung Pflegebedürftiger beschäftigt. 2060 werden es 4,3 Prozent sein müssen. Unter Beachtung der Rate der Teilzeitbeschäftigten wird ihre Zahl noch höher sein. Mehr als 80 Prozent der Pflegekräfte sind Frauen [38]. Weitere Angaben finden sich in ► Kap. 3.

### 2.1.5 Auswirkungen auf die Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung

Besonders der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt haben Auswirkungen auf den Finanzbedarf der Gesundheitsversorgung und der Sozialen Pflegeversicherung.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung zeigen sich die Auswirkungen des demografischen Wandels besonders deutlich bei den altersbezogenen Pro-Kopf-Ausgaben (■ Tab. 2.4).

Die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV lagen 2008, der letzten verfügbaren Berechnung dieser Art, im ersten Lebensjahr durchschnittlich bei 4 171 Euro, in der Altersgruppe 1 bis 29 Jahre relativ konstant bei 979 Euro, um dann kontinuierlich bis zum Alter von 89 Jahren auf 5 585 Euro zu steigen. Ab 90 Jahre ist ein geringfügiger Rückgang um rund 200 Euro zu verzeichnen. Insgesamt ergibt sich ein mit dem Alter zunehmender Ausgabenanstieg bis zum Alter von 89 Jahren, dann mit dem vollendeten 90. Lebensjahr ein geringer Ausgabenrückgang.

Werden für die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der GKV bis 2060 und dies alles *ceteris paribus*, die GKV-Ausgaben von 2010 mit 164 Milliarden Euro zugrunde gelegt und nur die Auswirkungen der demografischen Entwicklung berechnet, ergeben sich in den nächsten 50 Jahren Mehrausgaben in höheren Altersgruppen bei gleichzeitig niedrigeren Ausgaben in jüngeren Altersgruppen. Im Ergebnis führt dies dazu, dass 2060 gegenüber 2010 allein durch den demografischen Wandel mit einem Anstieg der Ausgaben von 164 auf 174 Milliarden Euro geringfügig höhere Ausgaben zu erwarten sind. Bei Einbeziehung des medizinischen Fortschritts sind dann allerdings erhebliche Mehrausgaben zu erwarten. Werden bezogen auf die jährlichen Ausgaben der GKV 1 Prozent höhere Ausgaben für den medizinischen Fortschritt angesetzt, wohl die absolute Untergrenze dessen, was zu erwarten ist, würden 2060 die Ausgaben je nach Annahme der demografischen Entwicklung und dabei insbesondere der Lebenserwartung 267 bis 286 Milliarden Euro betragen. Bei 2 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt,

■ **Tab. 2.4** Altersbezogene durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in 10-Jahresabständen von Altersgruppen 2008 in Euro

Alter in Jahren	Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben in €
0	4 171
10	966
20	818
30	1 087
40	1 200
50	1 663
60	2 450
70	3 673
80	4 941
89	5 585
90	5 343

Quelle: Beske, Fritz; Ch. Krauss: Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 118. Kiel 2010.

eine wohl realistische Annahme, betrügen die Ausgaben 437 bis 468 Milliarden Euro statt 164 Milliarden Euro 2010.

Die Brisanz der Entwicklung verdeutlicht die Umrechnung der Ausgaben auf die beitragszahlenden Mitglieder. 2008 haben 51 Millionen Mitglieder die Beiträge für Ausgaben in Höhe von 160 Milliarden Euro aufgebracht. 2060 müssen 40 Millionen Mitglieder, 11 Millionen weniger, bei einer Annahme von 2 Prozent Mehrausgaben jährlich für den medizinischen Fortschritt die Beiträge für Ausgaben in Höhe von 468 Milliarden Euro aufbringen, 308 Milliarden Euro mehr als 2008. Der mittlere monatliche Beitrag 2010 je Mitglied betrug 142 Euro. 2060 muss ein Mitglied monatlich allein durch die demografische Entwicklung 178 bis 184 Euro, bei 1 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt 293 bis 303 Euro und bei 2 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt 479 bis 496 Euro aufbringen.

Wird auf Grundlage der beitragsbezogenen Einnahmen der GKV von 2008 das Einnahmedefizit der GKV bis 2060 berechnet, ergibt sich ein Einnahmedefizit bis zu jährlich 310 Milliarden Euro. Wird auf Grundlage des Beitragssatzes von 14,9 Prozent 2010 der mittlere monatliche Beitrag auf den Beitragssatz 2060 hochgerechnet, ergibt sich ein Beitragssatz allein durch die demografische Entwicklung von 18,6 bis 19,3 Prozent, bei 1 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt von 30,6 bis 31,7 Prozent und bei 2 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt von 50,1 bis 52 Prozent. Diese Dynamik gilt heute wie 2008.

Die Zahlen sind erdrückend. Gerade aber dies ist der Unterschied zwischen allgemeinen Formulierungen, dass der demografische Wandel Folgen hat, dem wir uns stellen müssen, und dem, was dieser Wandel tatsächlich bedeutet. Es ist der Unterschied zwischen dem politischen so konkret wie nötig, und dem wissenschaftlichen so konkret wie möglich. Nichts wird so eintreffen wie berechnet. Es werden jedoch Entwicklungstendenzen und Größenordnungen deutlich, mit denen gerechnet werden muss. Es wird auch reagiert werden müssen. Wann dies geschieht ist allerdings offen. Konzepte fehlen.

Bei der Diskussion über die Zukunft der **Sozialen Pflegeversicherung** muss darauf hingewiesen werden, dass diese Versicherung keine Vollkostenversicherung ist. Sie deckt nur einen Teil der Pflegekosten ab und ist damit eine Teilkostenversicherung. Reformen betreffen daher ausschließlich die von dieser Versicherung zu finanzierenden Leistungen. Das individuelle finanzielle Risiko des Pflegebedürftigen bleibt erhalten (► Kap. 3).

### Schlussfolgerung

Zahlen, um dies noch einmal zu sagen, können verwirren, können zu flüchtigem Lesen führen, können aber auch stören, wenn sie nicht ins politische Kalkül passen. All dies kann auf die Zahlen zutreffen, die in den vier Entwicklungslinien enthalten sind. Zudem ist das Ausmaß an Unwägbarkeiten, an nicht Vorhersehbarem und damit an nicht Kalkulierbarem groß. Es muss jedoch Position bezogen werden, und diese Position muss begründet sein. Anders können Handlungsoptionen für die Zukunft nicht entwickelt werden.

Aus den Entwicklungslinien, aus den Zahlen müssen politische Schlussfolgerungen gezogen werden. Hilfreich dabei kann ein Zitat sein: „Es kommt selten so gut wie erhofft, aber auch selten so schlimm wie befürchtet.“ [39] Dennoch bietet sich an, mit einer Entwicklung zu rechnen, die als „worst case“ bezeichnet wird. Kommt es besser als erwartet, umso einfacher die Lösung. Kommt es aber schlechter, ist zumindest die Reaktion auf eine solche Entwicklung angelaufen. Eins aber geht nicht: Die auf unsere Gesellschaft zukommende Entwicklung zu ignorieren. Dies kann nur als sträflich bezeichnet werden.

Die zusammenfassende Beurteilung der vier Entwicklungslinien lässt den Schluss zu, dass der Zeitpunkt kommt, zu dem es weder möglich ist, den bisherigen Leistungsumfang in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger zu finanzieren, und dass es ebenfalls unmöglich ist, die Leistungen, auf die in beiden Systemen Anspruch besteht, durchgehend qualitativ hochwertig mit Fachkräften zu erbringen. Die Schere zwischen Bedarf und Anspruch auf der einen Seite und der Möglichkeit, Bedarf und Anspruch decken zu können, geht immer weiter auseinander, finanziell und personell.

Schon heute wird deutlich, dass es nicht mehr ausreicht, jeden Teilbereich der Gesundheitsversorgung und der Versorgung Pflegebedürftiger isoliert zu sehen und isoliert weiterzuentwickeln. In einer Situation, in der Finanzmittel und Fachkräfte nicht mehr ausreichen, um alle Leistungen bedarfsgerecht zu erbringen, stehen alle Leistungen in Gesundheit und Pflege in Konkurrenz zueinander um begrenzte Finanzmittel und um eine nicht ausreichende Zahl von Fachkräften. Dies bedeutet, dass jeder Euro, der im Gesamtsystem nicht bedarfsgerecht ausgegeben wird, an anderer Stelle fehlt. Jede Fachkraft, die falsch eingesetzt ist, fehlt an anderer Stelle. Betroffen sind alle vier großen

Leistungsbereiche, ambulante medizinische Versorgung, akutstationäre medizinische Versorgung (Krankenhaus), Rehabilitation und Pflege. Je mehr diese Leistungsbereiche ohne Würdigung der Gesamtsituation ausgeweitet werden, desto schwieriger wird es, eine bedarfsgerechte Versorgung für alle Bereiche sicherzustellen.

Wenn das so ist, steht an erster Stelle aller Überlegungen die alles bestimmende Frage, mit welchen Mitteln besonders in der Gesetzlichen Krankenversicherung künftig gerechnet werden kann. Es geht um die künftige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

## 2.2 Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – heute und morgen

Am 1. Januar 2011 trat ein neues Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft, das von der schwarz-gelben Koalition mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 eingeführt worden ist. Festgesetzt wurde von der Bundesregierung ein für alle gesetzlichen Krankenkassen geltender einheitlicher Beitragssatz von 15,5 Prozent, 7,3 Prozent für Arbeitgeber und 8,2 Prozent für Arbeitnehmer. Ein in einer Krankenkasse höherer Finanzbedarf muss von jeder einzelnen Krankenkasse selbst aufgefangen werden, letztlich durch Erhöhung des Beitragssatzes in Form eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags. Der Zusatzbeitrag betrifft nur Arbeitnehmer mit der Möglichkeit eines Sozialausgleichs. Der Beitragssatz für Arbeitgeber bleibt konstant bei 7,3 Prozent. Mit dieser Regelung soll die Abkoppelung des Beitrags zur Gesetzlichen Krankenversicherung von Löhnen und Gehältern eingeleitet werden. Hat eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhoben, können Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen einen Sozialausgleich aus Steuermitteln erhalten. Mit der Einführung von Zusatzbeiträgen soll der Wettbewerb unter den Krankenkassen gefördert werden, also Zusatzbeitrag ja oder nein und wenn ja, in welcher Höhe. Der Versicherte kann die Krankenkasse wechseln.

Der Sozialausgleich wird über den Bundeshaushalt finanziert, und hier beginnt die Problematik dieses Finanzierungssystems. Der Bund ist theoretisch verpflichtet, alle sich aus den mit dieser Regelung auf ihn zukommenden finanziellen Anforderungen zu erfüllen. Die Bundesregierung könnte aber auch entscheiden, dass der bundeseinheitliche Beitragssatz erhöht wird, mit allen Konsequenzen für die Wirtschaft. Politisch kann erwartet werden, dass diese Finanzierung der GKV dann zur Disposition steht, wenn Steuermittel fließen müssen.

### 2.2.1 Steuermittel

Immer wieder wird gefordert, Steuermittel für die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung einzusetzen. Es ist absehbar, dass spätestens dann, wenn die Finanzierung des heutigen Leistungskatalogs der GKV definitiv nicht mehr möglich ist, wenn das Finanzierungsdefizit immer weiter zunimmt und wenn Leistungseinschränkungen unvermeidlich sind, der Ruf nach höheren Steuermitteln bis hin zur vollständigen Defizitfinanzierung immer lauter wird. Wie realistisch ist es jedoch, mit Steuermitteln für die Gesetzliche Krankenversicherung zu rechnen? Hierzu zunächst ein Blick auf Zahlen.