



GESUNDHEITSWESEN **AKTUELL 2015**

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Uwe Repschläger, Claudia Schulte, Nicole Osterkamp, Falk König, Kay Amling
Der Einfluss von Zuwanderung auf das Krankenversicherungssystem

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2015 (Seite 162–181)

Uwe Repschläger, Claudia Schulte, Nicole Osterkamp, Falk König, Kay Amling

DER EINFLUSS VON ZUWANDERUNG AUF DAS KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEM

In der Öffentlichkeit sorgen die Zuwanderung als auch die absehbare Alterung der Bevölkerung gleichermaßen für kontroverse Diskussionen. Auch die Krankenversicherung ist von der Alterung der Bevölkerung betroffen, da die Krankheitskosten mit dem Alter zunehmen und damit Beitragssteigerungen für die Versicherten einhergehen. In diesem Beitrag wird untersucht, wie Zuwanderung die künftige Kostenentwicklung in der Krankenversicherung beeinflusst. Hierfür werden unterschiedliche Prognosen der Zuwanderung bis zum Jahr 2040 und die Auswirkungen auf das Krankenversicherungssystem berechnet und vorhergesagt.

Hintergrund

Viele Wirtschaftsnachrichten der Tages- und Wochenzeitungen sind voll mit immer neuen Meldungen über steigende Zuwanderung. Für das Jahr 2015 werden die Prognosen mittlerweile regelmäßig nach oben korrigiert. Dabei ist die öffentliche Diskussion um die Zuwanderung stark ideologisch getrieben. Einerseits gibt es Stimmen, die die Zuwanderung als Chance zur Entlastung der Sozialsysteme sehen, andererseits werden Belastungen durch die Zuwanderer für die Sozialsysteme erwartet.

Auf Basis der Erfahrungen der vergangenen Jahre stellt sich die Frage, in welchem Maße die Zuwanderung den Folgen der demografischen Entwicklung der Bevölkerung entgegenwirken kann. So kommt eine Studie der Bertelsmann Stiftung (Fuchs et al. 2015: 6) zu dem Ergebnis, dass Deutschland in Abhängigkeit von einer unterschiedlich starken Steigerung der Erwerbsquoten jährlich zwischen 346.000 und 533.000 mehr Zuzüge als Fortzüge bräuchte, um das Erwerbspersonenpotenzial bis in das Jahr 2050 konstant zu halten.

Im Jahr 2012 hat Repschläger an dieser Stelle bereits die finanziellen Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in der Vergangenheit und der Zukunft untersucht (Repschläger 2012). Um den Effekt der demografischen Entwicklung isoliert zu betrachten, wurde in dieser früheren Analyse

die Entwicklung der Wohnbevölkerung ganz bewusst ohne Zuwanderung untersucht. Zusätzlich erschien der Effekt von Zuwanderung aufgrund damals niedriger Zuwanderungszahlen vernachlässigbar. Der Artikel basierte auf Daten der Jahre 2008 bis 2010, und der Wanderungssaldo dieser Jahre betrug im Durchschnitt weniger als 20.000 Personen, insbesondere aufgrund negativer Werte in den Jahren 2008 und 2009, in denen mehr Personen ausgewandert als eingewandert waren.

Zwischenzeitlich haben sich die Rahmenbedingungen geändert, Zuwanderungszahlen in der Größenordnung von etwa 500.000 Personen scheinen mittlerweile realistisch (Statistisches Bundesamt 2015a). In diesem Beitrag soll daher der Effekt der Zuwanderung auf die Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung ermittelt werden.

Da die Gesundheitsausgaben stark von der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung abhängen, werden die absoluten und durchschnittlichen Gesundheitsausgaben von der Migration beeinflusst. Eine höhere Zuwanderung wird insgesamt zwangsläufig zu höheren absoluten Gesundheitsausgaben führen, da die Bevölkerung größer wird. Aufgrund der Altersstruktur der Zuwanderer, die deutlich jünger sind als die Wohnbevölkerung, werden gleichzeitig die durchschnittlichen Ausgaben geringer ausfallen, da das Durchschnittsalter sinkt. Zur Deckung der Ausgaben werden in der Gesetzlichen Krankenversicherung einkommensabhängige Beiträge erhoben. Der Effekt der Zuwanderung auf zukünftige Beitragssätze wird daher stark davon abhängen, inwieweit es gelingt, die Zuwanderer in den Arbeitsmarkt zu integrieren und die Leistungsausgaben durch entsprechende Beitragseinnahmen gegenzufinanzieren.

Zuwanderung

Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt, von internationaler Migration, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht. Im Folgenden wird nur die internationale Migration von und nach Deutschland (Außenwanderung) betrachtet. Bei der Immigration sind die Zuwanderung im Rahmen der Freizügigkeit innerhalb der Europäischen Union (EU), der Zuzug von Drittstaatsangehörigen mit Aufenthaltserlaubnis, wenn ein konkretes Arbeitsplatzangebot vorliegt, und die Asylantragsstellung zu unterscheiden.

Zwischen 1954 und 2013 betrug die Netto-Zuwanderung – also die Differenz von Zu- und Fortzügen – im Schnitt 186.000 Personen pro Jahr (Statistisches Bundesamt 2015a: 37). In diesem Zeitraum ist die Bevölkerung nicht gewachsen, weil die durchschnittliche Zuwanderung das Schrumpfen der Bevölkerung durch das Geburtendefizit (Geburten – Sterbefälle) in vergleichbarer Höhe ausgleichen konnte. In der Zeit von 2010 bis 2014 hat sich der Wanderungssaldo dagegen von 127.000 auf rund 500.000 beinahe vervierfacht (Statistisches Bundesamt 2015a). Und aktuell ist das Ende dieser Entwicklung nicht absehbar.

Tabelle 1: Zuzüge und Fortzüge von 2005 bis 2013

Jahr	Zuzüge	Fortzüge	Wanderungssaldo
2005	1.777.866	1.698.912	78.954
2006	1.714.991	1.692.199	22.792
2007	1.757.959	1.714.046	43.913
2008	1.786.030	1.841.754	-55.724
2009	1.802.300	1.815.013	-12.713
2010	1.860.246	1.732.378	127.868
2011	2.071.469	1.792.139	279.330
2012	2.177.858	1.808.913	368.945
2013	2.332.014	1.903.407	428.607

Anmerkung: Zuzüge und Fortzüge können mehrfach gezählt werden, etwa Personen, die mehrfach für kürzere Zeiträume in Deutschland tätig sind. Quelle: Statistisches Bundesamt 2015d.

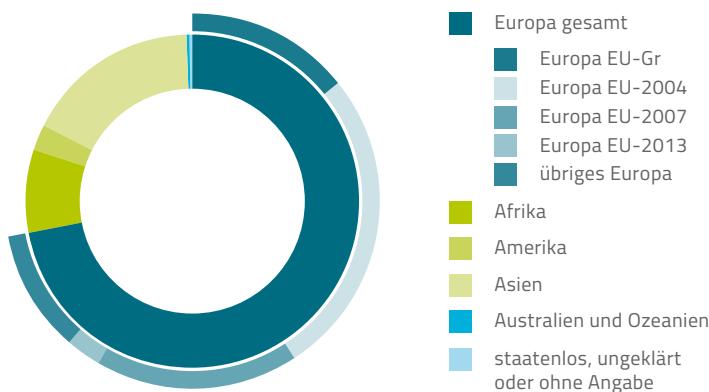
Zuwanderer kommen aus den unterschiedlichsten Ländern und aus unterschiedlichen Motiven nach Deutschland. Sie sind daher keine einheitliche und leicht zu definierende Gruppe. Den größten Anteil machten mit 77 Prozent im Jahr 2013 die europäischen Zuwanderer aus, hier dominierten insbesondere die ost- und südeuropäischen Staaten (Arbeitsmigration), das Arbeitskräfteangebot wird aber langfristig aufgrund vergleichbarer demografischer Strukturen in diesen Herkunftsländern abnehmen, sodass sich auch die Zuwanderung perspektivisch verringert (BAMF 2015a).

Im ersten Halbjahr 2014 ist gegenüber dem ersten Halbjahr 2013 der Wanderungssaldo um 17 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt 2015c). Aktuell nimmt die Zuwanderung aus Drittstaaten insbesondere im Rahmen des Asylverfahrens weiter zu, von

Januar bis Mai 2015 haben sich die Antragszahlen im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt (BAMF 2015b). Eine Prognose der Asylantragszahlen für die Zukunft ist aufgrund der Abhängigkeit von Kriegs- und Krisensituationen jedoch schwierig.

Tabelle 2: Wanderungssaldo 2013 nach Herkunftslandern (Top 10) und nach Regionen

Land	Zuzüge	Fortzüge	Wanderungssaldo
Polen	190.424	118.742	71.682
Rumänien	139.487	86.742	52.745
Ungarn	59.995	34.319	25.676
Italien	47.485	24.180	23.305
Bulgarien	60.896	39.172	21.724
Griechenland	32.088	13.576	18.512
Syrien	19.017	1.960	17.057
Russische Föderation	31.367	14.408	16.959
Spanien	28.980	12.473	16.507
Kroatien	25.772	12.635	13.137



Anmerkung: EU-Gr: die Staaten Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien. EU-2004: die zum 1. Mai 2004 der EU beigetretenen Staaten Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern. EU-2007: die zum 1. Januar 2007 beigetretenen Staaten Bulgarien und Rumänien. EU-2013: Kroatien, zum 1. Juli 2013 der EU beigetreten.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015d und eigene Berechnung

Zugangswege in die GKV

Entscheidend für die Auswirkungen auf die Gesetzliche Krankenversicherung ist der Zugang zur Versicherung. Die Absicherung gegen das Krankheitsrisiko ist unabhängig von der Staatsangehörigkeit für alle Einwohner in Deutschland gleich. Im Jahr 2014 waren 70 Millionen Menschen in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert. 53 Millionen davon waren pflicht- oder freiwillig versichert, und 17 Millionen waren als Ehegatten oder Kinder mitversichert (BMG 2015).

Versicherungspflicht entsteht unter anderem durch eine Beschäftigung, wenn das Entgelt monatlich über 450 beziehungsweise jährlich unter 54.900 Euro liegt, den Bezug von Arbeitslosengeld, unter bestimmten Voraussetzungen den Erhalt von Arbeitslosengeld II oder aufgrund eines Studiums. Eine freiwillige Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist möglich bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung mit einem Entgelt über 54.900 Euro oder im Anschluss an eine Pflicht- oder Familienversicherung. In diesem Fall ist auch eine Versicherung in der Privaten Krankenversicherung möglich.

Für Asylbewerber und deren Familienangehörige gilt jedoch anstelle des Sozialgesetzbuchs das Asylbewerberleistungsgesetz. Zunächst werden Leistungen nur bei akuter Krankheit gewährt, nach einer Wartezeit von 15 Monaten erhalten die Asylbewerber dann eine Versichertenkarte mit der die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte beansprucht werden können. In Bremen und Hamburg erhalten Asylbewerber direkt eine Krankenversichertenkarte, die jedoch bestimmte Leistungen wie etwa künstliche Befruchtung, Zahnersatz und Leistungen im Ausland ausschließt. Die Kosten werden dabei von den Kommunen getragen. Aktuell wird die Forderung einer direkten Ausstattung mit der Krankenversichertenkarte politisch diskutiert, die Länder fordern jedoch eine Kostenübernahme durch den Bund (Bundesregierung 2015; BMG 2014; FAZ-Ausgabe vom 18. Juni 2015).

In Bezug auf den Arbeitsmarkt zeigen sich Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit deutscher und mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Am Stichtag 30. September 2014 waren in Deutschland insgesamt rund 31 Millionen Menschen sozialversicherungspflichtig beschäftigt, davon waren 2,7 Millionen beziehungsweise rund neun Prozent Ausländer.

Hinzukommen noch fünf Millionen geringfügig entlohnte Beschäftigte, von denen 540.000 oder elf Prozent eine andere Staatsangehörigkeit haben (Bundesagentur für Arbeit 2015).

Im Jahr 2014 gab es durchschnittlich drei Millionen Arbeitslose in Deutschland. Darunter waren 529.511 Ausländer. Die Arbeitslosenquote der Ausländer lag mit rund 14 Prozent deutlich über der der Deutschen mit sechs Prozent (insgesamt 6,7 Prozent). Gründe für die schlechteren Arbeitsmarktchancen sind im Durchschnitt geringere Qualifikationen und die stärkere Beschäftigung im vom Strukturwandel betroffenen sekundären Sektor (Bundesagentur für Arbeit 2015).

Die Erwerbsquoten der Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit liegen bei den Männern mit 80 Prozent geringfügig unter den deutschen Männern mit rund 83 Prozent, wohingegen die Erwerbsquote der Frauen mit rund 58 Prozent deutlich unter der Quote deutscher Frauen von 74 Prozent liegt (Bundesagentur für Arbeit 2015).

Auch wenn die Zuwanderer bisher noch Nachteile bei Erwerbsquoten und auch dem Einkommen haben, die in der Regel auf eine geringere Qualifikation zurückzuführen sind, zeigen Untersuchungen, dass der Bildungsstand gemessen am höchsten Bildungsabschluss zunimmt je kürzer die Einwanderung zurückliegt, es vollzieht sich also ein Wandel von der Einwanderung der „Gastarbeiter“ zu höher bis hoch qualifizierten Einwanderern (Woellert und Klingholz 2014). Einwanderer aus dem Nahen Osten haben bisher ein vergleichsweise hohes Bildungsniveau, was auch bei den Bürgerkriegsflüchtlingen aus Syrien so angenommen werden kann (Woellert und Klingholz 2014: 25).

Die Aufenthaltsdauer von Zuwanderern schwankt beträchtlich. Während rund zehn Prozent der Zuwanderer weniger als ein Jahr in Deutschland leben, waren Ende des Jahres 2014 60 Prozent der hier lebenden Ausländer seit mindestens zehn Jahren in Deutschland, darunter 28 Prozent sogar länger als 25 Jahre. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei rund 18 Jahren (Statistisches Bundesamt 2015b).

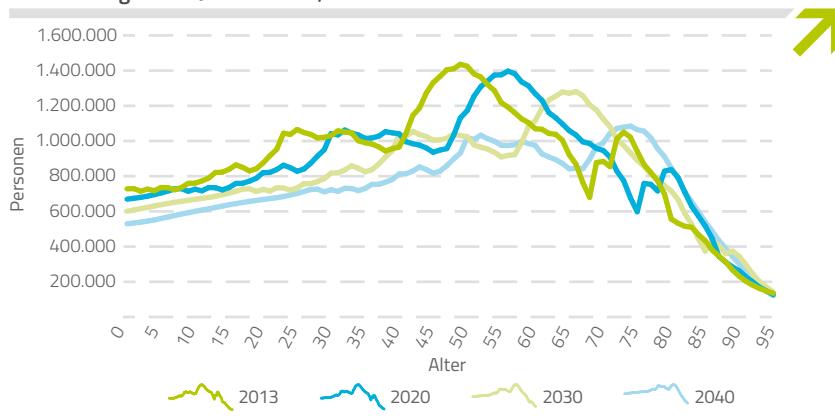
Die Zuwanderer weisen laut einer Studie des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung trotz durchschnittlich niedrigerer

Einkommen einen positiven Beitrag zur Finanzierung der öffentlichen Haushalte auf. So zahlt die Gruppe der in Deutschland lebenden Ausländer insgesamt mehr Steuern und Abgaben ein, als sie an Sozialtransfers inklusive der Ausgaben für Bildungsförderung erhält. Zudem hat sich das Qualifikationsprofil der Zuwanderer im Zeitablauf positiv verändert, sodass wenn diese Entwicklung anhält, die künftige Zuwanderung einen deutlich positiveren Beitrag leisten kann (Bonin 2014).

Demografische Entwicklung und Zuwanderung

In der Ausgabe von Gesundheitswesen aktuell 2012 wurde bereits der „Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland“ untersucht (Repschläger 2012). Der vorliegende Beitrag ist als Weiterentwicklung dieses Textes zu sehen. Während 2012 ein Modell ohne Zuwanderung verwendet wurde, um den Effekt der Alterung der Wohnbevölkerung zu isolieren, werden hier nun Modelle mit Zuwanderung betrachtet. Für eine ausführliche Herleitung der Rechenmodelle und der Ergebnisse des Modells ohne Zuwanderung wird auf den oben genannten Beitrag verwiesen. Hier werden nun die Effekte der Zuwanderung untersucht, um die Frage zu beantworten, ob diese Gruppe die Krankenversicherung eher be- oder entlastet.

Abbildung 1: Auf Basis der Altersstruktur 2013 fortgeschriebene Altersstruktur der Bevölkerung in den Jahren 2020, 2030 und 2040

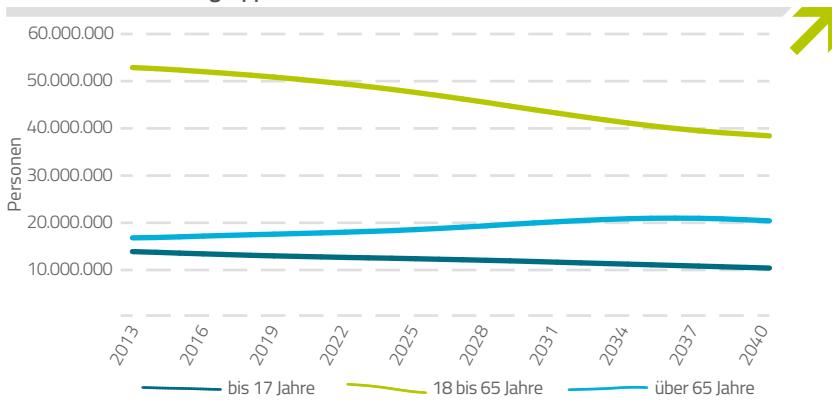


Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a und eigene Berechnung, Darstellung in Einzeljahren von 0 bis 95, die Geburtenrate wurde aus dem Jahr 2013 übernommen. Hierzu wurden die Geburten ins Verhältnis gesetzt zur Anzahl der Frauen zwischen 15 und 45 Jahren und dieses Verhältnis auch in den folgenden Jahren unterstellt.

Bevölkerung, Altersstruktur und Altersentwicklung der Wohnbevölkerung

Die Gesamtzahl der Bevölkerung in Deutschland liegt seit 20 Jahren ziemlich konstant bei etwa 82 Millionen. Nimmt man an, dass sich die Rahmenbedingungen nicht ändern, lässt sich die zukünftige Bevölkerungsstruktur errechnen. Dazu wird angenommen, dass Geburtenrate und Sterbequote sich nicht ändern. Ohne Zuwanderung würde sich in diesem Szenario die Bevölkerung erheblich verringern auf etwa 73 Millionen im Jahr 2030 beziehungsweise etwa 67 Millionen im Jahr 2040.

Abbildung 2: Auf Basis der Altersstruktur 2013 fortgeschriebene Bevölkerung bis 2040 nach Altersgruppen



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a und eigene Berechnung, Darstellung in Einzeljahren von 0 bis 95, die Geburtenrate wurde aus dem Jahr 2013 übernommen. Hierzu wurden die Geburten ins Verhältnis gesetzt zur Anzahl der Frauen zwischen 15 und 45 Jahren und dieses Verhältnis auch in den folgenden Jahren unterstellt.

Das Verhältnis von Personen im erwerbsfähigen Alter zu älteren Menschen ändert sich dabei gravierend. Der sogenannte Altenquotient berechnet sich, indem Menschen, die sich nicht mehr im erwerbsfähigen Alter befinden (über 65 Jahre) ins Verhältnis gesetzt werden zu jenen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 65 Jahre). Üblich ist eine Multiplikation des Wertes mit 100.

Tabelle 3: Der Altenquotient in verschiedenen Jahren

Jahr	1957	2000	2005	2013	2020	2030	2040
Altenquotient	17	25	29	31	34	44	52

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a und eigene Berechnung

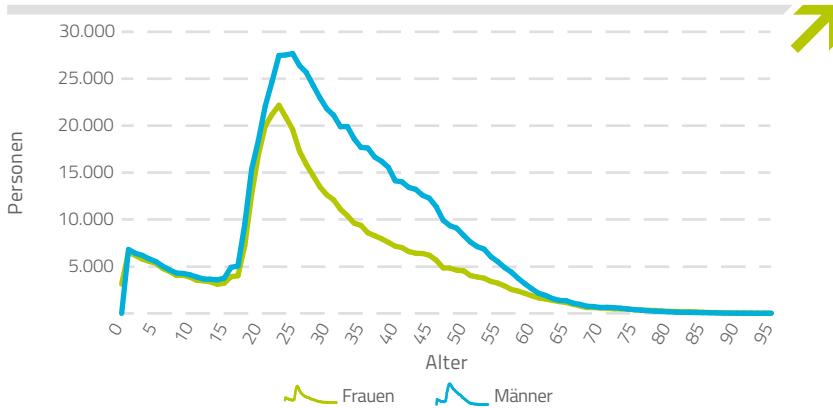
Ohne Zuwanderung würde Deutschland demnach stark überaltern, und die Wirtschaft müsste im Jahr 2040 mit 14 Millionen Beschäftigten weniger auskommen. In der Krankenversicherung wären immer mehr Beitragszahler Rentner, sie müssten mit höheren Beitragssätzen die Leistungsausgaben einer alternden Gesellschaft mitfinanzieren.

Szenarien mit Zuwanderung

Die Höhe des Wanderungssaldos ist abhängig von der wirtschaftlichen und politischen Lage in anderen Ländern. Sie ist auch eine Folge von politischem Handeln, durch erleichterte oder erschwerte Zuwanderungsbedingungen kann der Wert verändert werden. Die Alters- und Geschlechtsstruktur von Zuwanderern unterscheidet sich deutlich von derjenigen der Gesamtbevölkerung. Die Zugezogenen sind durch einen hohen Anteil von Personen jüngeren und mittleren Alters (18 bis unter 40 Jahre) gekennzeichnet: Im Jahr 2013 waren drei Viertel (75 Prozent) der Zuziehenden unter 40 Jahren und davon rund 62 Prozent in der Altersgruppe zwischen 18 und unter 40 Jahren; bei der Gesamtbevölkerung lag dieser Anteil dagegen bei nur rund 42 beziehungsweise 26 Prozent. Bei den älteren Personen stellt sich die Situation umgekehrt dar. Nur rund zwei Prozent der Zugezogenen waren 65 Jahre und älter gegenüber rund 21 Prozent der Gesamtbevölkerung. Bei den Zugezogenen handelt es sich somit im Durchschnitt um jüngere Menschen, wodurch die Altersstruktur der Gesamtbevölkerung „verjüngt“ wird (BMI 2015: 25).

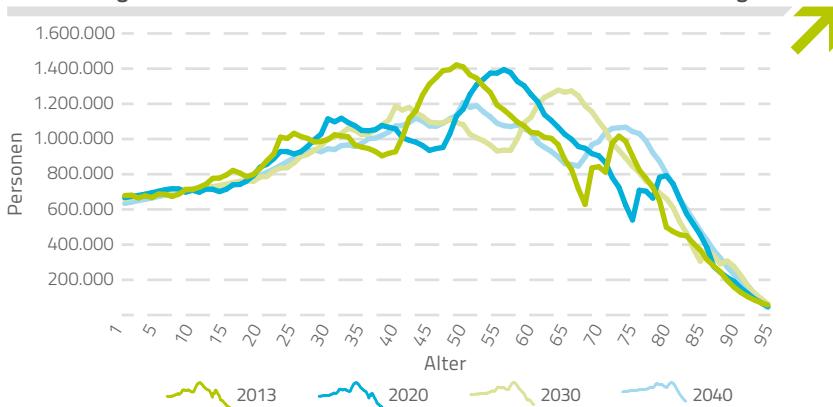
Die Zu- und Abwanderungen der Zukunft sind unter anderem abhängig von Wirtschaftskrisen und Kriegs- und Krisensituationen und daher kaum gültig und zuverlässig zu prognostizieren. Um dennoch die Frage zu beantworten, wie groß der Effekt von Zuwanderung auf den demografischen Wandel ist, wird zunächst der Wanderungssaldo 2013 in Höhe von etwa 430.000 Personen mit der abgebildeten Alters- und Geschlechtsstruktur auch für alle Folgejahre bis 2040 unterstellt. Zusätzlich wird angenommen, dass die zugezogenen Personen ähnliche Eigenschaften wie die Wohnbevölkerung

Abbildung 3: Wanderungssaldo 2013 nach Alter und Geschlecht



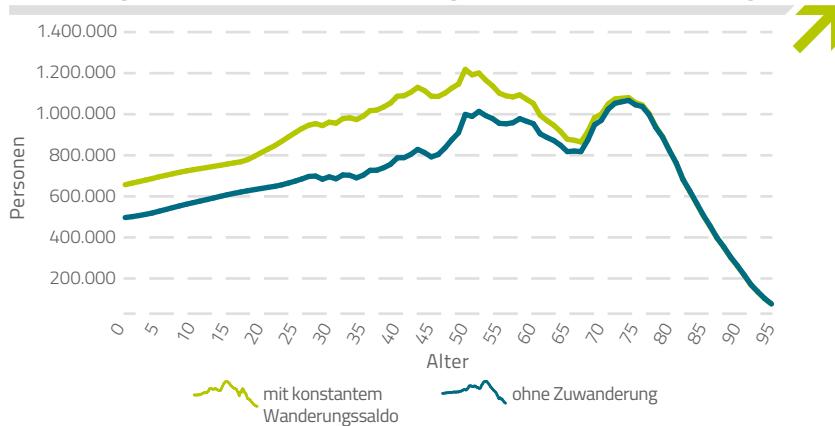
haben beziehungsweise dass sich die Geburten- und Sterberaten schnell angleichen, daher werden für die Zuzüge die verwendeten Größen übernommen. Da Zuwanderer in der Regel mehr Kinder haben als die Wohnbevölkerung, wird der tatsächliche Effekt von Zuwanderung durch diese Annahme unterschätzt (Bonin 2014). Es ergibt sich die folgende Altersverteilung im Vergleich zur Abbildung 1.

Abbildung 4: Auf Basis der Altersstruktur 2013 fortgeschriebene Altersstruktur der Bevölkerung in den Jahren 2020, 2030 und 2040 bei konstantem Wanderungssaldo



Zur besseren Vergleichbarkeit mit der zukünftigen Altersstruktur ohne positiven Wanderungssaldo ist in Abbildung 5 der Bevölkerungsaufbau 2040 mit und ohne Migration gegenübergestellt.

Abbildung 5: Auf Basis der Altersstruktur 2013 fortgeschriebene Altersstruktur der Bevölkerung 2040 bei konstantem Wanderungssaldo und ohne Zuwanderung

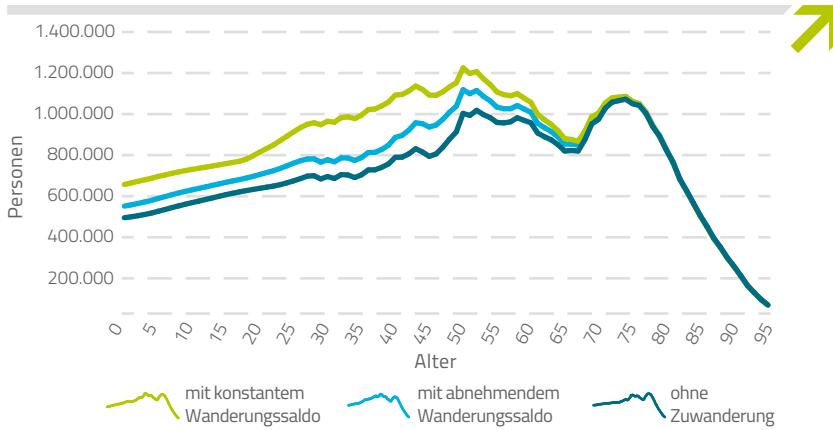


Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a, Statistisches Bundesamt 2015d und eigene Berechnung

Statt auf 68 Millionen Einwohner zu sinken, wäre die Bevölkerung weiterhin bei etwas mehr als 80 Millionen, was in etwa dem heutigen Wert entspricht. Der Altenquotient – ohne Zuwanderung 2040 bei 52 – beträgt in diesem Szenario nur 41. Der Arbeitswelt stehen rund vier Millionen weniger Personen im erwerbsfähigen Alter zur Verfügung als heute, damit aber mehr als zehn Millionen mehr als ohne Zuwanderung.

Ein konstanter Wanderungssaldo in der Größe von 430.000 Personen wie im Jahr 2013 ist nicht sehr wahrscheinlich. Gemäß der Bevölkerungsprojektion EUROPOP2013 von Eurostat schrumpft und altert die Bevölkerung insbesondere in osteuropäischen Ländern – wichtige Herkunftsänder der gegenwärtigen Zuwanderung – rapide. In Rumänien, Polen und Bulgarien sinkt die Zahl der Personen im Alter von 18 bis 49 Jahren von 2015 bis 2050 um etwa 30 bis 35 Prozent (Fuchs 2015: 61).

Abbildung 6: Auf Basis der Altersstruktur 2013 fortgeschriebene Altersstruktur der Bevölkerung 2040 ohne Zuwanderung, bei konstantem Wanderungssaldo und mit abnehmendem Wanderungssaldo



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a, Statistisches Bundesamt 2015d und eigene Berechnung

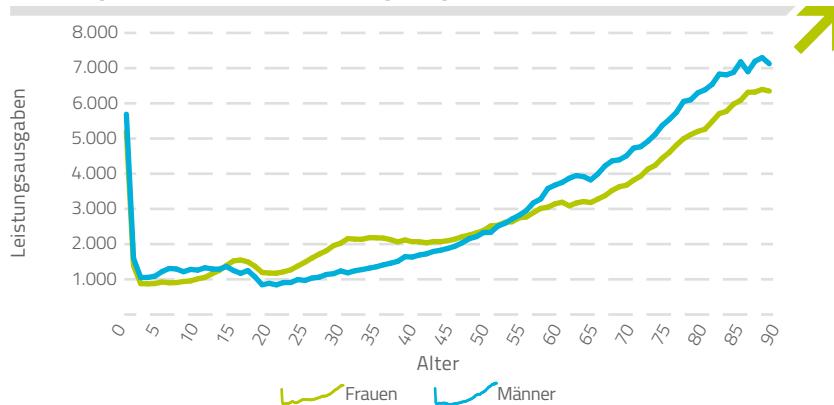
Das Statistische Bundesamt verwendet daher in seiner Bevölkerungsvorausberechnung zwei Szenarien, in denen sich der Wanderungssaldo ab dem Jahr 2021 stark reduziert. Für das Startjahr 2015 wird ein Wanderungssaldo von 500.000 Personen unterstellt, dieser flacht sich dann bis zum Jahr 2021 auf 100.000 beziehungsweise 200.000 ab und bleibt danach konstant auf diesem Niveau. Das erste Szenario (Reduktion auf 100.000 Personen) führt im Jahr 2040 zu der in Abbildung 6 dargestellten Altersstruktur.

Ausgaben für Gesundheit

Der zweite grundlegende Aspekt der Analyse ist die Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind abhängig von der Anzahl der Einwohner und ihrer Altersstruktur. Der medizinische Fortschritt wird hier vernachlässigt, stattdessen werden die Ausgabenprofile des Jahres 2013 fortgeschrieben (Repschläger 2012).

Die Abbildung 7 zeigt die durchschnittliche Summe aller Leistungsausgaben ohne Verwaltungskosten pro Kopf der 8,5 Millionen Versicherten der BARMER GEK im Jahr 2013 nach Alter.

Abbildung 7: Durchschnittliche Leistungsausgaben pro Kopf nach Alter in Euro (2013)



Quelle: BARMER GEK 2015, Darstellung in Einzeljahren von 0 bis 90 Jahre und älter

Die Abbildung verdeutlicht, dass die Pro-Kopf-Ausgaben, sieht man von den hohen Kosten der Geburt zu Beginn des Lebens ab, bis zum Alter von 25 relativ konstant bei etwa 1.200 Euro liegen und dann kontinuierlich ansteigen. Ab einem Alter von 48 Jahren überschreiten die Durchschnittskosten 2.000 Euro und ab 60 Jahren 3.000 Euro.

Die Durchschnittsausgaben pro Kopf unterscheiden sich nicht nur deutlich nach dem Alter, sondern in den meisten Altersgruppen auch nach dem Geschlecht. Sie bleiben bei Jungen bis zum Alter von 14 Jahren höher, danach, im Alter von 15 bis 45, liegen die Ausgaben für Mädchen und Frauen deutlich höher (Schwangerschaften). Ab einem Alter von Mitte 50 liegen die Ausgaben für Männer dann dauerhaft und deutlich über denen der Frauen. Die Abweichungen verdeutlichen, dass neben den Alters- auch die Geschlechtsstrukturen eine Rolle bei Ausgabenentwicklungen spielen können.

Prognose des Einflusses der Altersentwicklung auf die Gesundheitsausgaben für die Jahre 2020 bis 2040

Die Ausgabenstruktur der Versicherten der BARMER GEK nach Alter und Geschlecht sind gemäß Untersuchungen aus dem Jahr 2012 (Repschläger 2012) für die folgenden Hochrechnungen hinreichend repräsentativ.

Untersuchungen der Leistungsausgaben der BARMER GEK nach Staatsangehörigkeit konnten zudem keine Abweichungen zwischen Deutschen und anderen Staatsangehörigen aufzeigen. In der Tendenz weisen die Versicherten mit anderer Staatsangehörigkeit sogar eine leicht günstigere Ausgabenstruktur auf. Erklärungsansätze hierfür sind zum einen, dass in der Regel nur gesunde Menschen in einem anderen Land eine Erwerbstätigkeit aufnehmen (Healthy Migrant Effect). Im Zeitverlauf kann sich die gesundheitliche Situation dann zwar an die durchschnittliche Situation anpassen, sie kann aber auch weiterhin günstiger verlaufen.

Zum anderen wird der Durchschnitt beispielsweise auch von den Saisonarbeitern beeinflusst, die nur für kurze Zeiträume in Deutschland arbeiten. Weitere Gründe für eine günstigere Ausgabenstruktur können auch in einem anderen Inanspruchnahmeverhalten liegen, dass beispielsweise bei Bagatellerkrankungen kein Arzt aufgesucht wird oder aber, dass aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten Arztbesuche unterbleiben.

Darüber hinaus zeigen aktuelle Untersuchungen, dass sich der Bildungsstand der Zuwanderer im Zeitverlauf verbessert und beispielsweise der Anteil der Akademiker unter den Zuwanderern seit dem Jahr 2005 höher liegt als der in der Wohnbevölkerung (Woellert und Klingholz 2014: 4). Der Effekt der Bildung auf den Gesundheitszustand und damit auch die Ausgaben ist bekannt (etwa bei Lampert et al. 2005: 39). Aus diesem Grund kann die bestehende Ausgabenstruktur für die folgenden Analysen genutzt werden.

Für die Szenarien ohne Zuwanderung, bei konstantem Wanderungssaldo und mit abnehmendem Wanderungssaldo wurde dargestellt, wie sich die Bevölkerung in den Altersgruppen in den Folgejahren zusammensetzt. Hieraus folgen auch szenarienabhängig unterschiedliche Ausgaben. In den folgenden Abbildungen sind die resultierenden absoluten Ausgaben und die Ausgaben pro Kopf dargestellt.

Abbildung 8: Auf Basis der Ausgaben- und Altersstruktur 2013 fortgeschriebene absolute Gesundheitsausgaben der Bevölkerung 2040 ohne Zuwanderung mit konstantem Wanderungssaldo und mit abnehmendem Wanderungssaldo (in Euro)

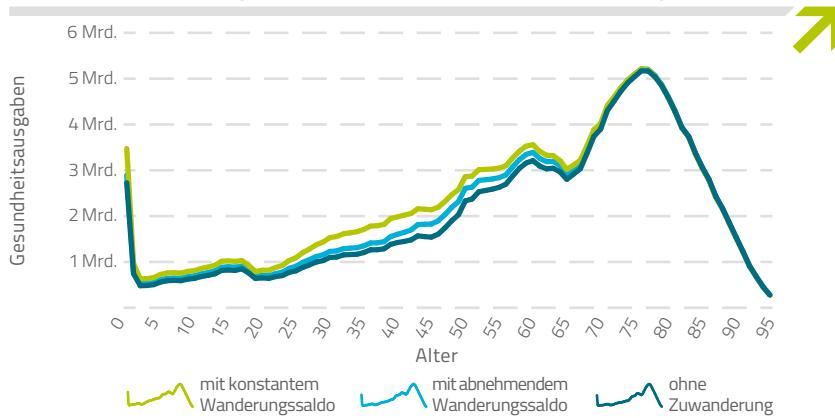
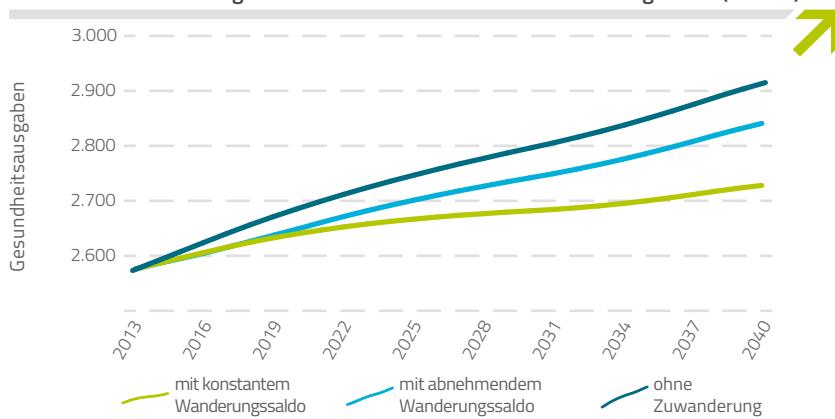


Abbildung 9: Auf Basis der Ausgaben- und Altersstruktur 2013 fortgeschriebene durchschnittliche Gesundheitsausgaben der Bevölkerung bis 2040 ohne Zuwanderung mit konstantem Wanderungssaldo und mit abnehmendem Wanderungssaldo (in Euro)



Auch mit einer dauerhaft hohen Zuwanderung wie im Jahr 2013 steigen die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der Frauen um etwa fünf Prozent, die der Männer

um fast sieben Prozent, da auch diese Zuwanderung nicht verhindern kann, dass der Altenquotient von 31 auf 41 steigt. Jedoch wird die Entwicklung stark abgeschwächt. Ohne Zuwanderung hätten sich Steigerungen um elf Prozent (Frauen) beziehungsweise 14 Prozent (Männer) ergeben. Nur kurzfristig hohe Zuwanderungszahlen schwächen die Entwicklung der Ausgaben zwar nachhaltig ab, haben aber im Vergleich einen relativ geringen Effekt.

Diskussion

Die Simulation der Leistungsausgabenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zeigt deutlich, dass die Zuwanderung durch die Verjüngung der Altersstruktur einen positiven Effekt auf die Ausgabenentwicklung hat. Eine echte Entlastung ist jedoch nur gegeben, wenn den Leistungsausgaben auch entsprechende Beitragseinnahmen gegenüberstehen. Aktuell liegen die Einkommen von Zuwanderern im Schnitt noch unter den Einkommen der Wohnbevölkerung, wobei in der jüngeren Vergangenheit ein Trend zu höheren Einkommen und besserem Bildungsstand durchaus erkennbar ist. Dieser Trend führt in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch zu einer positiven Ausgabenentwicklung, da mit dem höheren Bildungsstand in der Regel ein besserer Gesundheitszustand und entsprechend niedrigere Kosten einhergehen. Zuwanderer haben im Schnitt mehr beitragsfrei mitversicherte Familienversicherte, deren Leistungsausgaben keine Beitragseinnahmen entgegenstehen, die aber in der Zukunft erwerbstätig werden und das Krankenversicherungssystem durch ihre Beiträge stützen.

Sowohl für den Erhalt des Erwerbspersonenpotenzials als auch für die Finanzierung der Krankenversicherung und anderer Sozialversicherungssysteme ist zudem die Steigerung der Erwerbstätigkeit von Frauen förderlich. Insbesondere bei den zugewanderten Frauen besteht hier noch ein großes Potenzial. Je besser die Integration gelingt, desto größer ist auch der Beitrag für die Sozialsysteme. Hier ist die Politik gefordert, die Grundlagen für eine gute Integration zu legen. Aufgrund der gezeigten Analysen kann die Zuwanderung einen positiven Beitrag zur Stabilisierung des Gesundheitssystems leisten. Eine gute Integration kann die erwarteten Effekte dabei nur positiv verstärken.

Literatur

- Bonin, H. (2014): Der Beitrag von Ausländern und künftiger Zuwanderung zum deutschen Staatshaushalt. Gütersloh.
- Bundesagentur für Arbeit (2015): Analyse des Arbeitsmarktes für Ausländer. Mai 2015. Nürnberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - BAMF (2015a): Wanderungsmonitoring: Erwerbsmigration nach Deutschland. Jahresbericht 2014. Berlin.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - BAMF (2015b): Asylgeschäftsstatistik für den Monat Mai. Berlin.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - BAMF (2014): Soziale Absicherung von Drittstaatsangehörigen in Deutschland. Working Paper 57. Berlin.
- Bundesministerium des Innern - BMI (2015): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung (Migrationsbericht 2013). Berlin.
- Bundesregierung (2014): Neue Bemessungsgrenzen für 2015. www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2014/10/2014-10-15-rechengroessen-sozialversicherung.html (Download am 18. Juni 2015).
- FAZ, Ausgabe vom 18. Juni 2015: Asylrecht – Gesundheitskarte für alle. www.faz.net/aktuell/politik/inland/gesundheitskarte-fuer-asylbewerber-13646021.html (Download am 18. Juni 2015).
- Fuchs, J., A. Kubis und L. Schneider (2015): Zuwanderungsbedarf aus Drittstaaten in Deutschland bis 2050. Gütersloh.
- Lampert, T., A. Saß, M. Häfleinger und T. Ziese (2005): Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Repschläger, U. (2012): Der Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland. In: U. Repschläger, C. Schulte und N. Osterkamp (Hrsg.): BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2012. Wuppertal. S. 26–45.
- Statistisches Bundesamt (2015a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015b): Fachserie 1, Reihe 2, 2014, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Ausländische Bevölkerung, Ergebnisse des Ausländerzentralregisters.

Statistisches Bundesamt (2015c): Pressemeldung vom 19. Februar 2015: Zuwanderung nach Deutschland im 1. Halbjahr 2014 erneut angestiegen. www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/02/PD15_057_12711.pdf?__blob=publicationFile (Download am 18. Juni 2015).

Statistisches Bundesamt (2015d): Fachserie 1, Reihe 1.2, 2013. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Wanderungen.

Woellert, F. und R. Klingholz (2014): Neue Potenziale. Zur Lage der Integration in Deutschland. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.). Berlin.