© Bilderbox, A-Thening

Gesetzliche Krankenversicherung

Einnahmeproblem toppt Ausgabenproblem?

Die Mehrheit der Experten sieht als Ursache der hohen Verschuldung der gesetzlichen Krankenversicherung ein Problem bei den Einnahmen. Der Leiter des neu gegründeten wissenschaftlichen Instituts des Verbands der privaten Krankenversicherer hält diese Meinung für eine Fehlinterpretation.

Die überwiegende Mehrheit aller Gesundheitsökonomen und nun auch Politiker sowie die wichtigen gesellschaftspolitischen Institutionen sind mittlerweile der Meinung, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leide unter einem Einnahmeproblem und nicht unter zu stark wachsenden Kosten. Schuld daran seien immer geringer werdende Einnahmen aus den Krankenkassenprämien durch steigende Arbeitslosigkeit, häufigere Teilzeitbeschäftigungen, ein insgesamt niedrigeres Lohnniveau und die zunehmende Schwarzarbeit.

Gegen drei Thesen, die angeblich für ein Einnahmeproblem sprechen, führt Christian Weber, Leiter des wissenschaftlichen Institus der privaten Krankenversicherer (WIP) wichtige Einwände an:

These 1: Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist schneller gestiegen als das beitragspflichtige Einkommen der GKV. Seit den 80er Jahren blieb das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen hinter dem allgemeinen Wachstum der Volkswirtschaft zurück.

Einwendungen des WIP: Die Entwicklung des beitragspflichtigen Einkommens der GKV hängt auch von der Entwicklung der Versichertenzahl in der GKV ab. Von 1992–2002 ist der Anteil der GKV-Versicherten der Bevölkerung von 88,7% auf 85,8 % gesunken, während der Anteil der PKV-Versicherten im gleichen Ausmaß gestiegen ist. Wenn aber in Relation zur PKV weniger Menschen in der GKV versichert sind, ist es nur logisch, dass das beitragspflichtige Gesamteinkommen der GKV-Versicherten nicht in gleichem Maße wie das BIP steigt. Außerdem enthält das BIP auch alle Abschreibungen. Kapitalverzehr kann aber nicht als Ausdruck des wirtschaftlichen Wachstums einer Gesellschaft bezeichnet werden.

These 2: Das BIP pro Erwerbstätigem ist schneller gestiegen als das beitragspflichtige Einkommen je GKV-Mitglied. So lautet die Argumentation des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen.

Einwendungen des WIP: Bei größerer Arbeitslosigkeit steigt das BIP pro Erwerbstätigem, weil es dann durch weniger Erwerbstätige geteilt wird. Damit wird scheinbar Wachstum angezeigt. Zwischen 1991 und 2000 ist jedoch die Arbeitslosigkeit um 49 % gestiegen. Zudem sind in der GKV auch Rentner und Erwerbslose als Mitglieder geführt.

These 3: Der systematische Rückgang der Lohnquote (Anteil des Arbeitseinkommens am Gesamteinkommen der Haushalte) führt zu einer Finanzierungsschwäche der GKV. Die Lohnquote unterliegt stark den konjunkturellen Schwankungen.

Einwendungen des WIP: Ein systematischer Rückgang der Lohnquote ist nicht beweisbar. Sie betrug 1991 72,3 %, 2002 lag sie bei 72,7 %. Nicht nur gesetzlich verpflichtete, sondern auch freiwillig Versicherte, Selbstständige und Rentner zahlen erhebliche Beiträge in die GKV ein. Umgekehrt sind viele „Lohnabhängige“ in der PKV versichert.

Mythos Einnahmenproblem?

Hieraus zieht das WIP den Schluss, dass Argumente für die Einnahmeerosion in der GKV massive methodische Mängel aufweisen und diese Hypothese als empirisch nicht ausreichend gesichert gelten kann.

Das WIP setzt dagegen das volkswirtschaftliche Wachstum in Bezug zum so genannten Volkseinkommen. Diese volkswirtschaftswissenschaftliche Größe repräsentiert das echte verfügbare Einkommen der Bevölkerung und enthält keine Abschreibungen. Es stieg von 1991–2002 je Einwohner um 30,8 %. Als Maß für die Finanzierungsbasis der GKV wurden die beitragspflichtigen Einkommen bezogen auf die Zahl der Versicherten gewählt, um die betragsfrei mitversicherten Familienangehörigen zu berücksichtigen. Diese beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten stiegen von 1991–2002 um 35,1 %. Das WIP

Fortsetzung Seite 31

kommt damit zu dem Schluss, dass im Beobachtungszeitraum die GKV-Einnahmen schneller gestiegen sind als die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Die GKV hat danach überproportional vom volkswirtschaftlichen Wachstum profitiert. Obwohl die Zahl der Arbeitslosen stieg, nahm im Zeitraum zwischen 1995 und 2002 die Zahl der Erwerbstätigen, also auch die Zahl der GKV-Mitglieder, zu. Dies führte zu einer ausgeprägten Kompensation der GKV-Einnahmen. Auch die steigende Beitragsbemessungsgrenze führte zu einer Verbesserung der GKV-Einnahmen, weil sie mit 38,7 % in den letzten Jahren schneller stieg als die Gehälter mit 22 %.

Dennoch steigende Beitragssätze?

Trotz der Tatsache, dass die GKV-Einnahmen schneller als das Volkseinkommen stiegen, nahmen paradoxerweise die Beitragssätze der GKV zu. Das WIP hat hierfür zwei Erklärungen:

▶ Zwischen 1989 und 2004 wurde die GKV zur Finanzierung familien- und sozialpolitischer Maßnahmen um über 35 Mrd. EUR geschädigt. Ab 2005 wird dieser Mittelabfluss auf über 6 Mrd. EUR pro Jahr geschätzt. Dies führt zu einer eigentlich nicht notwendigen Steigerung des Beitragssatzes um 0,86 Punkte.

▶ Die Kosten der GKV je Versichertem sind schneller gestiegen, als die beitragspflichtigen Einkommen. Die Leistungsausgaben pro GKV-Versichertem stiegen zwischen 1991 und 2002 um fast 52 %. Damit hat das beitragspflichtige Einkommen je GKV-Versichertem mit einem Anstieg von 35 % nicht Schritt halten können. **gc**

Kommentar

Was ist nun richtig? Die Gesundheitsökonomen und Volkswirtschaftler sollen sich einigen. Denn je nach Ursache muss auch die gesundheitsökonomische Therapie anders aussehen. Zwei Erkenntnisse werden aber sicherlich richtig bleiben: Nur Wirtschaftswachstum führt zu steigender Beschäftigung und damit zu steigenden Prämieneinnahmen der GKV. In die Kostenkontrolle der GKV müssen die Patienten über Sanktionierungs- beziehungsweise Kostenspar-Motivierungsprogramme einbezogen werden. **gc**

III. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag

Wie bereits im letzten NeuroTransmitter angekündigt, finden Sie nachfolgend das aktuelle Programm des III. Deutschen Neurologen- und Psychiatertages mit Hauptversammlung, der am 7. Mai 2005 in Köln ganz im Zeichen des Alterns und der Problematik einer immer älter werdenden Gesellschaft steht.

Demenzdiagnostik und Therapie im Spannungsfeld der demografischen Entwicklung: Tickt eine Zeitbombe?

Programm

	9.15–9.30 Uhr	Dr. Frank Bergmann: Eröffnung des III. Deutschen Neurologen- und Psychiatertages
A	9.30–10.00 Uhr	Dr. Frank Schirrmacher: „Das Methusalem-Komplott“, Thesen und Ausblicke
	10.00–10.15 Uhr	Heike von Lützau-Hohlbein: Demenzversorgung aus Angehörigen-Perspektive
	10.15–10.30 Uhr	Prof. Dr. C.-W. Wallesch: Strategien der Demenzdiagnostik
	10.30–11.00 Uhr	Pause
B	11.00–11.15 Uhr	Prof. Dr. F. Hohagen: Integrative Therapiekonzepte der Demenz
	11.15–11.30 Uhr	Dr. U. Weigeldt: Demenzversorgung aus hausärztlicher Sicht
	11.30–11.45 Uhr	Prof. Dr. U. Schwabe: Stellenwert und Evidenz antidementiver Therapie
	11.45–12.00 Uhr	Dr. R. Kortus: Versorgung Demenzkranker: Anspruch und Realität
C	12.00–13.00 Uhr	Podiumsdiskussion mit allen Referenten Moderation PD Dr. A. Zacher
	13.00–14.30 Uhr	Mittagspause
D	14.30–14.45 Uhr	Verleihung des BVDN-Award an PD Dr. Albert Zacher
	14.45–15.10 Uhr	Update Integrierte Versorgung; gegebenenfalls kurze Präsentation eines Demenz-Netzes
	15.10–15.45 Uhr	Update EBM 2000 plus, erste Erfahrungen, Meinungsaustausch
	15.45–16.15 Uhr	Pause
E	16.15–17.00 Uhr	IMS, E. Stueckemann: Integration der Verordnungskosten in Praxis-QM
F	17.00–18.00 Uhr	Mitgliederversammlung BVDN
	18.00 UHR	Ende des III. Neurologen- und Psychiatertages