



Ökumenisches Netz in Deutschland für Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Schöpfung

Solidarische Bürgerversicherung - fair teilen statt sozial spalten

www.oekonomie-und-kirche.de

Panketal, im September 2011

Liebe im ÖNiD Vernetzte!

Interessantes habe ich gefunden. Die Bertelsmann Stiftung hat in ihrem „gesundheitsmonitor“ 2/2010 bekannte Mythen zur Gesundheitspolitik widerlegt. Es sind klassische Begriffe, gegen die wir seit langem argumentieren – bisher mit wenig Erfolg. Aber vielleicht glauben ja neoliberale Gesundheitspolitiker der Bertelsmann Stiftung, die nicht im geringsten als links gilt. Die Untersuchung hat den Titel: „Mythen zur Gesundheitspolitik: Auch gebildete Bürger irren“. Der hierüber vorgelegte Bericht ist besonders deshalb wichtig, weil die Arbeit auf der Homepage der Bertelsmann-Stiftung schwer zu finden ist. Deshalb hier ein Link:

http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter_2010-02_Mythen.pdf

Folgende Mythen sollen aus dem „gesundheitsmonitor“ vorgestellt werden:

1. Zu hohe Lohnnebenkosten
2. Kostenexplosion
3. Verwaltungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu hoch
4. Medizinisch-technischer Fortschritt zwingt zur Rationierung von medizinischen Leistungen
5. Demografische Entwicklung gefährdet die Sozialversicherung

1. Zu hohe Lohnnebenkosten

Bekanntlich versteht man unter Lohnnebenkosten die sogenannten Arbeitgeberanteile für die Sozialversicherung. Angeblich kann sich Deutschland als Exportweltmeister und somit aus Wettbewerbsgründen die gegenwärtigen Lohnnebenkosten nicht leisten. Deshalb sind diese auch gerade in der GKV eingefroren worden.

Richtig ist, sagt der „gesundheitsmonitor“ auf Seite 3, dass speziell in den exportorientierten Wirtschaftszweigen die Arbeitgeberbeiträge knapp 5 % der gesamten Arbeitskosten ausmachen. Weil diese aber nur noch rund 20 % der Gesamtkosten betragen, **liegt der Arbeitgeberbeitrag bei knapp einem Prozent der Gesamtkosten eines Produkts.**

In unserer „Solidarischen Bürgerversicherung“ haben wir auf Seite 3 ein ähnliches Rechenbeispiel für eine Handwerkerstunde gebracht. Damit konnten wir beweisen, dass nicht einmal die berühmte, weil schwer erschwingliche Handwerkerstunde an den Lohnnebenkosten krankt.

Teuer ist die Sozialversicherung nur für die Arbeitnehmer. Aber sie ist existentiell unverzichtbar.

2. Kostenexplosion

Weniger überzeugend argumentiert der „gesundheitsmonitor“ zur Frage der Kostenexplosion. Er weist nach, dass der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) zwischen 2000 und 2008 sich zwischen 6,3 und 6,8 % bewegte. (Eine Ausnahme machte das Jahr 2009 mit 7,1 %, verursacht durch den BIP-Einbruch infolge der Finanzkrise.)

Es darf aber nicht verschwiegen werden, dass die laufenden Kostendämpfungsmaßnahmen der Politik immer mehr Leistungen aus der GKV herausgenommen haben. Sie wurden ersetzt durch persönliche Zahlungen der Patienten, z. B. Zuzahlungen zu Medikamenten, Krankenhausaufenthalt, Phy-

siotherapie und , und. Besonders ärgerlich ist die Zunahme der „individuellen Gesundheitsleistungen“, IGeL genannt. Es ist nachgewiesen, dass Menschen mit geringem Einkommen, insbesondere Hartz-IV-Bezieher, erst in dringendsten Fällen zum Arzt gehen oder gar nicht. Mit unserer „Solidarischen Bürgerversicherung“ soll es keine Zuzahlungen geben. Die finanzielle Lage der GKV soll dadurch verbessert werden, dass mit steigendem Einkommen die Beiträge progressiv wachsen. Und private Krankenvollversicherungen werden abgeschafft. Niemand soll sich der Solidarität entziehen können, und die geringen Einkommen sollen entlastet werden.

3. Verwaltungsausgaben der GKV zu hoch

Der „gesundheitsmonitor“ schreibt, dass sich die Nettoverwaltungs Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen seit Jahrzehnten zwischen 5 und 6 % aller Leistungsausgaben bewegen. Und dann wörtlich auf Seite 3: „Die Vorstellung, der Bürokratieaufwand in privaten Krankenversicherungsunternehmen sei geringer, erweist sich spätestens im direkten Vergleich als einer der Mythen über die PKV. Selbst der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV-Verband 2009) beziffert den Anteil der Verwaltungs- und Abschlusskosten an sämtlichen Ausgaben der PKV mit 14,6 Prozent (absolut: 3,318 Mrd. von 22,8 Mrd. Euro).“ Kommentar überflüssig.

4. Medizinisch-technischer Fortschritt zwingt zur Rationierung von medizinischen Leistungen

Der „gesundheitsmonitor“ verweist zunächst auf einen Widerspruch. Einerseits soll der medizinisch-technische Fortschritt die Kosten in unbezahlbare Höhen treiben; andererseits soll er die gesundheitliche Lage maßgeblich verbessern. Man muss zustimmen, dass beides zusammen nicht gut geht. Wenn die Menschen gesünder sind, verursachen sie auch weniger Kosten. Aber, und hier muss die Politik eingreifen: Es ist durch das, was „medizinisch-technischer Fortschritt“ genannt wird, gar kein großer Nutzen nachzuweisen. Wörtlich auf Seite 3 des „gesundheitsmonitors“: „Der Anteil von Leistungen, für die es 2008 einen wissenschaftlichen Nutzen- und Wirksamkeitsnachweis gab, schwankt je nach Bewertungsschärfe zwischen 34 und 43 Prozent.“ Es kommt also darauf an, mehr Transparenz zu erreichen hinsichtlich medizinischer „Innovationen“ und zu prüfen, ob nicht die Gewinnmaximierung im Vordergrund steht.

5. Demografische Entwicklung gefährdet die Sozialversicherung

Der Mythos „demografische Entwicklung“ gehört zu den wirkmächtigsten Mythen, sagt der „gesundheitsmonitor“. 80 % der Befragten stimmen dem Mythos zu „je älter desto höher Krankheitsrisiken und Medizinkosten.“ Das stimmt nachgewiesenermaßen nicht. Richtig ist: Die meisten Menschen verursachen in ihren letzten Lebensjahren die höchsten Kosten; vor allem aber, wenn sie jünger sterben.

Auch hier ist es nützlich, den „gesundheitsmonitor“, Seite 3 wörtlich zu zitieren: „So gibt es international wie national hochevidente Hinweise, dass der Anteil der gesunden Jahre bei älter werdenden Menschen zunimmt, steigende Kosten im Alter nichts mit den Lebensjahren, sondern mit der häufigeren Nähe zum Tod zu tun haben. Ganz im Gegenteil sogar, das individuelle Risiko einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sinkt seit Jahren, und die Versorgung älterer Menschen kostet in vielen Staaten ohne für sie erkennbare Nachteile weniger.“ Diese Aussage ist nicht zuletzt für die Pflegeversicherung von Bedeutung. Panik ist nicht angebracht.

Abschließend noch eine positiv stimmende Tatsache: Trotz aller Mythengläubigkeit wollen die Befragten nicht auf die vier Solidarprinzipien der GKV verzichten:

- Junge für Alte,
- Gesunde für Kranke,
- Hochverdiener für Geringverdiener und
- Alleinstehende für Familien

So der „gesundheitsmonitor“ auf Seite 9.