

Die Kopfpauschale als spätkapitalistische (neoliberale) Dekadenz und fundamentaler Angriff auf unsere sozialstaatlichen Grundlagen

Workshop / Ratschlag 27.03.2010

1. Die Geschichte des Sozialstaats: Solidargemeinschaft als Errungenschaft der Sozialpolitik, kurze Einführung in den Sozialstaatsgedanken und die geschichtliche Entwicklung des Sozialversicherungssystems in Deutschland
2. „Die Salamiaktik“ : Die schleichende „Entsolidarisierung“ des Gesundheitssystems durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahre und die wichtigsten Ursachen der Finanzierungsprobleme der GKV
3. Die Kopfpauschale: Jetzt geht's um die ganze Wurst! Die Kopfpauschale (und andere neoliberale Ideen der gegenwärtigen Regierungskoalition) als Schritt zum endgültigen Systemwechsel im Gesundheitssystem
4. Die Auswirkungen: Folgen einer ungleichen und unsolidarischen Gesellschaft (Quelle: Wilkinson, Richard und Pickett, Kate 2009) „Gleichheit ist Glück“ – Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind
5. Gesundheitspolitische Alternativen

1. Geschichte des Sozialstaats



Sozialstaat: Für Wen?

Auf soziale Absicherungssysteme sind die **Menschen angewiesen**, die vorübergehend oder auf Dauer **nicht in der Lage sind** sich die **zum Leben notwendigen Dinge** (Nahrung, Wohnung, Behandlung von Krankheiten) zu beschaffen.

Vor der Entstehung des Sozialstaat neuer Prägung

Soziale Einbindung in soziale Gemeinschaften, insbesondere in die Familie und soziale Bezugssysteme (z. B. Kirchengemeinden, Dorfgemeinschaften) Grundlage:
nezeitliche Nächstenliebe- und Almosenkultur

1. Geschichte des Sozialstaats



Mit Eintritt des Frühkapitalismus und beginnenden Industrialisierung

Arbeitskraft als Ware zur Erwirtschaftung des eigenen Lebensunterhaltes und des Gewinns für den Kapital-/Arbeitgeber

Konsequenz:

zunehmende **Auflösung des Schutzes** durch die frühzeitlichen Sozialsysteme durch **Auflösung der großen Familienverbände und Gemeinschaften**

Gleichzeitig:

Erhöhung des Krankheits- und Invaliditätsrisikos

durch „ausbeutende und gesundheitsschädliche“ Arbeits- und Lebensverhältnisse

1. Geschichte des Sozialstaats



Entwicklung früher Sozialstaatsstrukturen im Frühkapitalismus

1883 Einführung der gesetzliche Krankenversicherung durch die **Bismarcksche Sozialgesetzgebung**

Ziel: durch die **Etablierung sozialer Mindeststandards** sollten die wegfallenden vorkapitalistischen Sicherungssysteme ersetzt werden, um

- den **sozialen Frieden der Gesellschaft** zu sichern
- die **Reproduktion der Ware Arbeitskraft** sollte gewährleistet werden

Weiterentwicklung zum „Fordistischen Sozialstaat“

- **Hilfe gegen Not und Armut** organisieren und ein **menschenwürdiges Existenzminimum** für jeden/jede bereitstellen.
- **Mehr Gerechtigkeit** durch den **Abbau von Unterschieden in der persönlichen Einkommens- und Vermögensstruktur herstellen**, um die Abhängigkeitsverhältnisse zu reduzieren.
- **Lebensrisiken** (Arbeitslosigkeit, Krankheit, Alter etc.) durch ein **System der sozialen Sicherheit minimieren**.

1. Geschichte des Sozialstaats



Die Grundprinzipien der deutschen Sozialversicherung seit 1945:

Das Prinzip der **Solidarität**

- Risiken werden von allen Versicherten gemeinsam getragen, unabhängig von der Höhe des Beitrags
- durch solidarischen Ansatz Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, zwischen besser und weniger gut Verdienenden

Das Prinzip der **Beitragsfinanzierung**

- überwiegend aus Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert
- Beiträge orientieren sich am Gehalt des Arbeitnehmers

Das Prinzip der **Versicherungspflicht**

- in Deutschland sind ca. 90 Prozent der Bevölkerung in der Sozialversicherung pflicht- oder freiwillig versichert
- System als Kernstück der sozialen Sicherung ist weitgehend akzeptiert

1. Geschichte des Sozialstaats



Bedrohung des Sozialstaats durch die Globalisierung:

- der **internationalen Wettbewerb** und die **Begehrlichkeiten des Kapitalmarktes** verstärken den **Druck auf die Sozialstandards**
- **Privatisierung der öffentlichen Daseinsvorsorge**
- **Rückzug** „wohlhabender“ Bevölkerungsteile **aus der Finanzierung des Sozialstaates**
- **Steuerflucht**

flankiert durch ideologische (z. B. EU-Lissabon-Abkommen) und gesetzliche Maßnahmen (z. B. Gesundheitsreformen)

2. Die „Salami-Taktik“



Die „Gesundheitsformen“ seit 1976

Seit 1976 **fünfzehn** „Gesundheitsreformen“
1988 „Gesundheitsreform“ **Wort des Jahres**

überwiegend gekennzeichnet durch:

Zuzahlungen, Kürzung oder Streichung von Leistungen:

u.a. Praxisgebühr, Sonderbeitrag, Krankenhaustagepauschale,
Medikamentenzuzahlung, Streichung von Brille, Zuschüssen für Zahnersatz

Wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystem

u. a. DRG“/Fallpauschalen im Krankenhaus; Wettbewerb der Krankenkassen,
Selektivverträge in der ambulanten Versorgung; Öffnung für Privatisierung

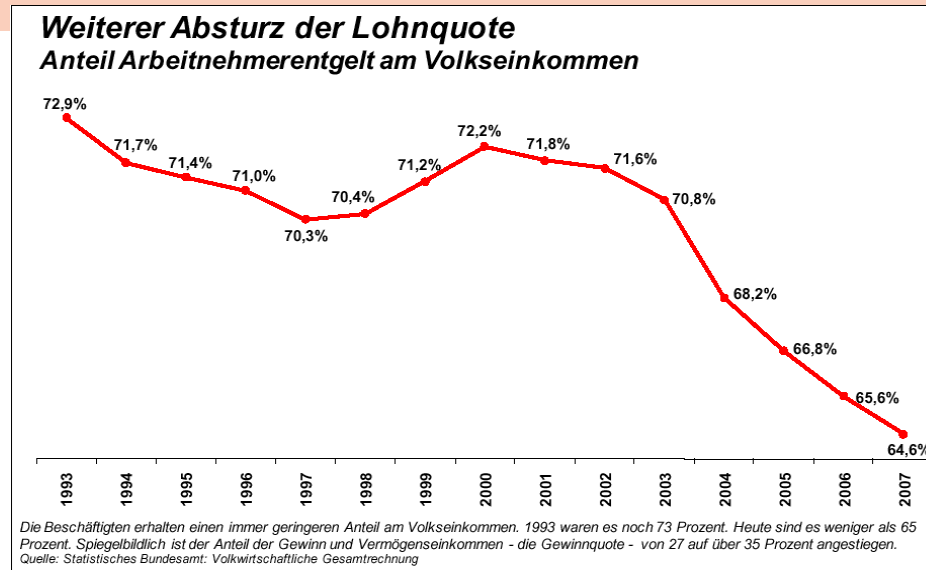
Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung

Durch „Einfrieren“ des Arbeitgeberanteils, alle weiteren Kostensteigerungen
werden von den Versicherten allein getragen!

2. Die „Salami-Taktik“

Wichtigste Ursache der Finanzkrise der GKV

„**Unterfinanzierung**“ durch Einbruch auf der Einnahmeseite:
Die GKV finanziert sich überwiegend aus den Beiträgen aus der Arbeitseinkommen!

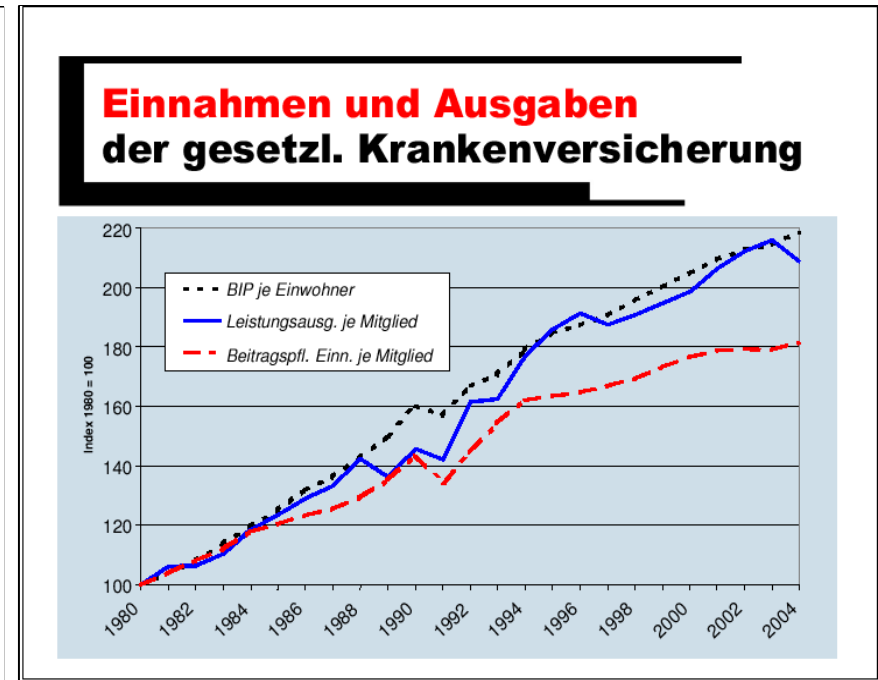
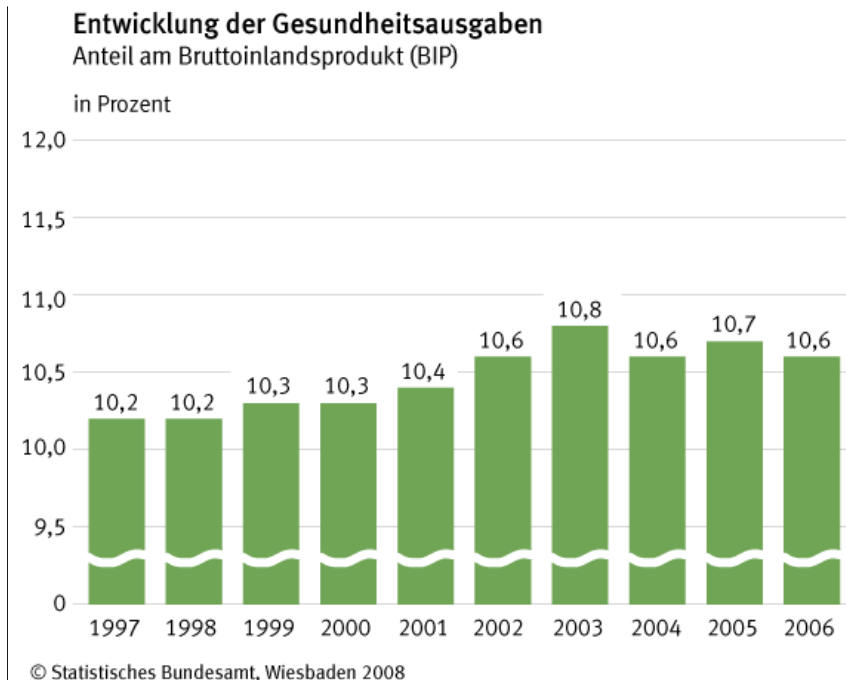


Einbruch der Lohnquote nicht zuletzt **Ergebnis einer fehlerhaften Finanz-, Arbeitsmarkt und Sozialpolitik**

2. Die „Salami-Taktik“

Ausgabenseite der GKV weitgehend stabil

Die Ausgaben für Gesundheit und der Anteil der Ausgaben der GKV am BIP sind seit Jahren stabil!!



2. Die „Salami-Taktik“



Folgen für die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten:

- **Stärkere Belastung für die Kranken und Bedürftigen!**
- **Rückzug der Arbeitgeber aus der Beteiligung an Beitragsentwicklung zu Lasten der Versicherten**
- **Zwei-Klassensystem mit Privilegien für einkommensstarke Privatversicherte**
- **Kapitaleinkünfte und andere Einkommensarten beteiligen sich nicht an der Finanzierung des Gesundheitssystems für alle**

Das Gesundheitssystem wurde Schritt für Schritt ungleicher, ungerechter und unsolidarischer!

3. Die Kopfpauschale + andere „Ideen“



Wie „solidarisch“ ist die Finanzierung heute?

Arbeitgeber-Beitrag 7%

0 EUR

Arbeitnehmer-Beitrag 7,0%

+ **Arbeitnehmer-Zuschlag**
0,9%

+ **Zusatzbeitrag 1%**
(= 8 – 37,50 EUR)

+ **Praxisgebühr 10 EUR / Q.**

+ **Zuzahlungen** auf Arznei-
Heil- und Hilfsmittel 10%

3. Die Kopfpauschale + andere „Ideen“



Wie soll sich die Finanzierung mit Kopfpauschale ändern?

	heute	geplant:
Arbeitgeber-Beitrag 7%	Arbeitnehmer- Beitrag 7,0%	Arbeitnehmer- Beitrag als Kopfpauschale ca. 140 – 170 EUR
0 EUR	+ Arbeitnehmer- Zuschlag 0,9%	
	+ Zusatzbeitrag 1%	+ Zusatzbeitrag 1%
	+ Praxisgebühr 10 EUR / Q.	+ Praxisgebühr 10 EUR / Q.
	+ Zuzahlungen auf Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 10%	+ Zuzahlungen auf Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 10%

3. Die Kopfpauschale + andere „Ideen“



Wie wirkt sich die Kopfpauschale auf die Versicherten aus?

Ca. 60% der Versicherten müssen einen höheren Beitrag zahlen, als heute!

- starker Anstieg von Minijobs und Teilzeitbeschäftigungen
- Beispiel: EUR 800 brutto x 7,9% = **EUR 63,20 KV-Beitrag heute**
- **vs. EUR 150 EUR Kopfpauschale morgen**

Versicherte werden Bittsteller und Transferempfänger!

- der Sozialausgleich soll über „das Steuersystem“ erfolgen
- dafür sind nach Schätzungen des Finanzministers **ca. 35 Mrd. EUR p. a.** nötig
- Entwürdigende **Bedarfsprüfungen** a la Hartz IV für 60% der Versicherten
- **kein Rechtsanspruch** auf Transferleistungen
- massive **Beitragssatzeinsparungen für Gutverdienende**

Kopfpauschalen sind kein Erfolgsmodell! Siehe Schweiz:

- Schweizer Gesundheitssystem ist nach den USA das zweit teuerste der Welt!
- durch hohe Selbstbeteiligungen viele Leistungen nur für Besserverdienende
- ca. 30% der Bevölkerung ist auf Transferleistungen angewiesen – mit steigender Tendenz
- mittlerweile wird nach 13 Jahren nach Alternativen gesucht

3. Die Kopfpauschale + andere „Ideen“



Weitere „Idee“ des Gesundheitsministers: „Kostenerstattung“

Sachleistungsprinzip vs. Kostenerstattung

- Heute können 90% der Versicherten mit ihrer Krankenversichertenkarte Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen
- bei dem geplanten Kostenerstattungsprinzip berechnen die Ärzte ihre Leistungen an die Versicherten (analog PKV-System), die dann die Kosten von ihrer Krankenkasse zurück holen müssen
- **Was ist mit denen, die mit diesem System nicht klarkommen?**
- **oder was ist, wenn die Krankenkassen nicht die kompletten Leistungen erstatten?**
- **Die Versicherten bleiben auf ihren Kosten sitzen!**

Kostenerstattung setzt falsche Anreize und steigert massiv die Ausgaben

- durch fehlende Budgetierung **unbegrenzte Mengenausweitungen**
- **fördert** in erster Linie **Pharmaindustrie und Ärzteschaft** zu Lasten der Versicherten

Fazit:

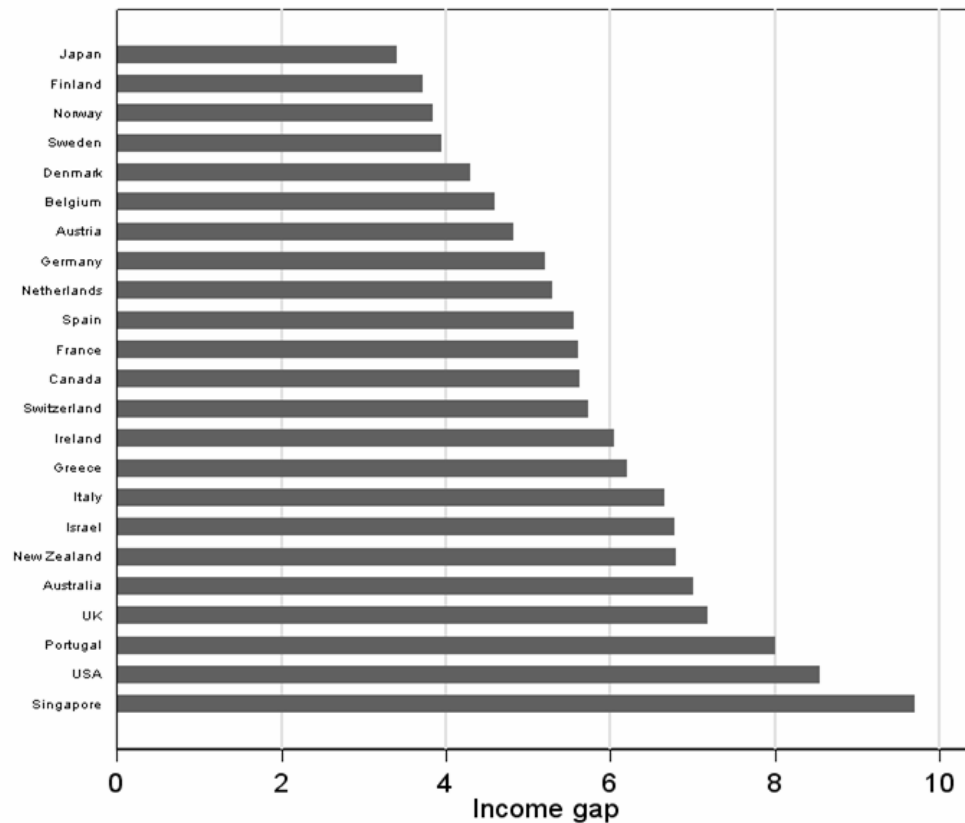
Das Gesundheitssystem steigert die Ungerechtigkeit und Ungleichheit

4. Die Auswirkungen



Ungleichheit der Einkommensverteilung in den „reichen“ Ländern

How much richer are the richest 20% than the poorest 20%?



Source: United Nations Development Program

Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

4. Die Auswirkungen

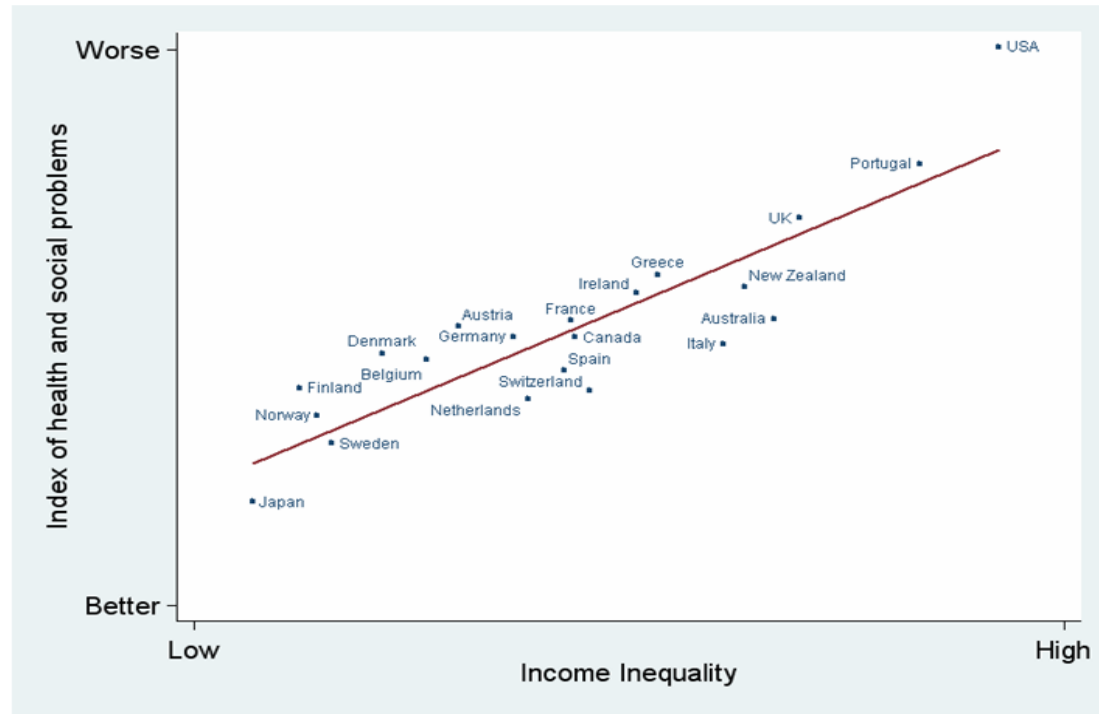


Gesundheitliche und soziale Probleme sind größer in ungleichen Gesellschaften

Health and Social Problems are Worse in More Unequal Countries

Index of:

- Life expectancy
- Math & Literacy
- Infant mortality
- Homicides
- Imprisonment
- Teenage births
- Trust
- Obesity
- Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
- Social mobility



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

4. Die Auswirkungen

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen ist größer in ungleicheren reichen Ländern

The Prevalence of Mental Illness is Higher in More Unequal Rich Countries



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

4. Die Auswirkungen

Die Lebenserwartung ist höher in Ländern mit mehr Einkommensgleichheit

Life Expectancy is Longer in More Equal Rich Countries



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

4. Die Auswirkungen



Weitere negativ korrelierte Parameter in „ungleichen Gesellschaften:

- Säuglingssterblichkeit
- Fettleibigkeit
- schulische Leistungen der Kinder
- mehr Gewalttaten
- höhere Teenager-Geburten-Rate

.....

Anmerkung: Daten stammen aus „seriösen“ Quellen z.B. von der Weltbank, der WHO, den UN und der OECD

Fazit:

- **Von eher gleichen Gesellschaftsverhältnissen profitieren alle, auch die Wohlhabenden!**
- **d. h. der politische Diskurs sollte sich dringend auf die Schaffung möglichst „gleicher“ und gerechter Verhältnisse ausrichten**

5. Die Alternativen



Welche Alternative bietet sich für eine gerechtere Finanzierung?

Die **solidarische Bürgerversicherung**

- alle Leistungen
- für alle Personen
- von allen Einkommen
- zur Hälfte aus den Gewinnen
- von den Versicherten selbstverwaltet

Vorteile:

- gerechte Gesundheitsversorgung **auf hohem Niveau für alle**
- Finanzierung **unabhängig von** der Entwicklung des **Arbeitsmarktes**
- **solidarische Finanzierung** aller
- **unabhängig von der Haushaltslage** des Bundes
- **keine Manövriermasse** des Finanzministers

5. Die Alternativen



Deshalb fordern wir:

- ✓ **Stärkung des Solidarsystems durch Pflichtversicherung für alle Bürger**
- ✓ **Gerechte Beitragsermittlung auf Basis aller Einkommensarten**
- ✓ **Weiterführung des Sachleistungsprinzips**
- ✓ **keine Wahltarife und private Zusatzversicherungen**
- ✓ **Stopp der marktwirtschaftlichen Ausrichtung und Privatisierung für ein System der öffentlichen Daseinsvorsorge**
- ✓ **demokratische Beteiligung und Kontrolle durch die Versicherten für Transparenz und gelebte Demokratie in der Selbstverwaltung**

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

AG Soziale Sicherungssysteme

Nächstes AG-Treffen
26.09.2010,
10 – 16 Uhr, Frankfurt

www.attac-netzwerk.de/ag-soziale-sicherungssysteme/

Die Kopfpauschale als spätkapitalistische (neoliberale) Dekadenz und fundamentaler Angriff auf unsere sozialstaatlichen Grundlagen

Workshop / Ratschlag 27.03.2010

Ratschlag 27.03.2010

1

Agenda



1. Die Geschichte des Sozialstaats: Solidargemeinschaft als Errungenschaft der Sozialpolitik, kurze Einführung in den Sozialstaatsgedanken und die geschichtliche Entwicklung des Sozialversicherungssystems in Deutschland
2. „Die Salamtaktik“ : Die schleichende „Entsolidarisierung“ des Gesundheitssystems durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahre und die wichtigsten Ursachen der Finanzierungsprobleme der GKV
3. Die Kopfpauschale: Jetzt geht's um die ganze Wurst! Die Kopfpauschale (und andere neoliberale Ideen der gegenwärtigen Regierungskoalition) als Schritt zum endgültigen Systemwechsel im Gesundheitssystem
4. Die Auswirkungen: Folgen einer ungleichen und unsolidarischen Gesellschaft (Quelle: Wilkinson, Richard und Pickett, Kate 2009) „Gleichheit ist Glück“ – Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind
5. Gesundheitspolitische Alternativen

Ratschlag 27.03.2010

1. Geschichte des Sozialstaats



Sozialstaat: Für Wen?

Auf soziale Absicherungssysteme sind die **Menschen angewiesen**, die vorübergehend oder auf Dauer **nicht in der Lage sind** sich die **zum Leben notwendigen Dinge** (Nahrung, Wohnung, Behandlung von Krankheiten) zu beschaffen.

Vor der Entstehung des Sozialstaat neuer Prägung

Soziale Einbindung in soziale Gemeinschaften, insbesondere in die Familie und soziale Bezugssysteme (z. B. Kirchengemeinden, Dorfgemeinschaften) Grundlage:
neuzeitliche Nächstenliebe- und Almosenkultur

1. Geschichte des Sozialstaats



Mit Eintritt des Frühkapitalismus und beginnenden Industrialisierung

Arbeitskraft als Ware zur Erwirtschaftung des eigenen Lebensunterhaltes und des Gewinns für den Kapital-/Arbeitgeber

Konsequenz:

zunehmende **Auflösung des Schutzes** durch die frühzeitlichen Sozialsysteme durch **Auflösung der großen Familienverbände und Gemeinschaften**

Gleichzeitig:

Erhöhung des Krankheits- und Invaliditätsrisikos

durch „ausbeutende und gesundheitsschädliche“ Arbeits- und Lebensverhältnisse

1. Geschichte des Sozialstaats



Entwicklung früher Sozialstaatsstrukturen im Frühkapitalismus

1883 Einführung der gesetzliche Krankenversicherung durch die **Bismarcksche Sozialgesetzgebung**

Ziel: durch die **Etablierung sozialer Mindeststandards** sollten die wegfallenden vorkapitalistischen Sicherungssysteme ersetzt werden, um

- den **sozialen Frieden der Gesellschaft** zu sichern
- die **Reproduktion der Ware Arbeitskraft** sollte gewährleistet werden

Weiterentwicklung zum „Fordistischen Sozialstaat“

- **Hilfe gegen Not und Armut** organisieren und ein **menschenwürdiges Existenzminimum** für jeden/jede bereitstellen.
- **Mehr Gerechtigkeit** durch den **Abbau von Unterschieden in der persönlichen Einkommens- und Vermögensstruktur herstellen**, um die Abhängigkeitsverhältnisse zu reduzieren.
- **Lebensrisiken** (Arbeitslosigkeit, Krankheit ,Alter etc.) durch ein **System der sozialen Sicherheit minimieren**.

1. Geschichte des Sozialstaats



Die Grundprinzipien der deutschen Sozialversicherung seit 1945:

Das Prinzip der **Solidarität**

- Risiken werden von allen Versicherten gemeinsam getragen, unabhängig von der Höhe des Beitrags
- durch solidarischen Ansatz Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, zwischen besser und weniger gut Verdienenden

Das Prinzip der **Beitragsfinanzierung**

- überwiegend aus Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert
- Beiträge orientieren sich am Gehalt des Arbeitnehmers

Das Prinzip der **Versicherungspflicht**

- in Deutschland sind ca. 90 Prozent der Bevölkerung in der Sozialversicherung pflicht- oder freiwillig versichert
- System als Kernstück der sozialen Sicherung ist weitgehend akzeptiert

Bedrohung des Sozialstaats durch die Globalisierung:

- der **internationalen Wettbewerb** und die **Begehrlichkeiten des Kapitalmarktes** verstärken den **Druck auf die Sozialstandards**
- **Privatisierung der öffentlichen Daseinsvorsorge**
- **Rückzug** „wohlhabender“ Bevölkerungsteile **aus der Finanzierung des Sozialstaates**
- **Steuerflucht**

flankiert durch ideologische (z. B. EU-Lissabon-Abkommen) und gesetzliche Maßnahmen (z. B. Gesundheitsreformen)

2. Die „Salami-Taktik“



Die „Gesundheitsformen“ seit 1976

Seit 1976 **fünfzehn** „Gesundheitsreformen“
1988 „Gesundheitsreform“ **Wort des Jahres**

überwiegend gekennzeichnet durch:

Zuzahlungen, Kürzung oder Streichung von Leistungen:

u.a. Praxisgebühr, Sonderbeitrag, Krankenhaustagepauschale,
Medikamentenzahlung, Streichung von Brille, Zuschüssen für Zahnersatz

Wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystem

u. a. DRG⁴/Fallpauschalen im Krankenhaus; Wettbewerb der Krankenkassen,
Selektivverträge in der ambulanten Versorgung; Öffnung für Privatisierung

Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung

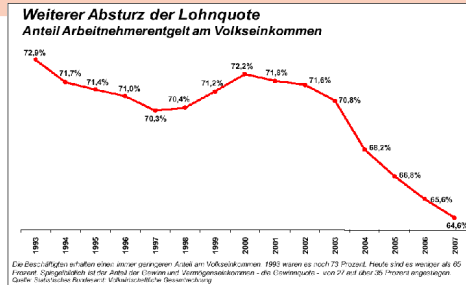
Durch „Einfrieren“ des Arbeitgeberanteils, alle weiteren Kostensteigerungen
werden von den Versicherten allein getragen!

2. Die „Salami-Taktik“



Wichtigste Ursache der Finanzkrise der GKV

„Unterfinanzierung“ durch Einbruch auf der Einnahmeseite:
Die GKV finanziert sich überwiegend aus den Beiträgen aus der
Arbeitseinkommen!



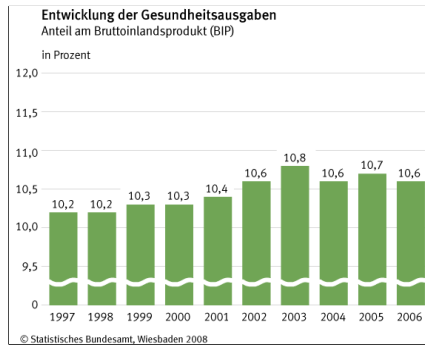
Einbruch der Lohnquote nicht zuletzt Ergebnis einer fehlerhaften Finanz-,
Arbeitsmarkt und Sozialpolitik

2. Die „Salami-Taktik“

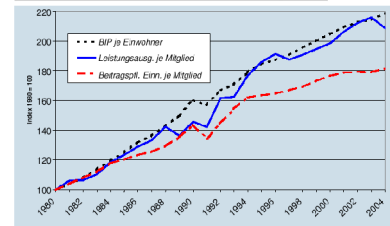


Ausgabenseite der GKV weitgehend stabil

Die Ausgaben für Gesundheit und der Anteil der Ausgaben der GKV am BIP sind seit Jahren stabil!!!



Einnahmen und Ausgaben der gesetzl. Krankenversicherung



2. Die „Salami-Taktik“



Folgen für die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten:

- Stärkere Belastung für die Kranken und Bedürftigen!
- Rückzug der Arbeitgeber aus der Beteiligung an Beitragsentwicklung zu Lasten der Versicherten
- Zwei-Klassensystem mit Privilegien für einkommensstarke Privatversicherte
- Kapitaleinkünfte und andere Einkommensarten beteiligen sich nicht an der Finanzierung des Gesundheitssystems für alle

Das Gesundheitssystem wurde Schritt für Schritt ungleicher, ungerechter und unsolidarischer!

3. Die Kopfpauschale + andere „Ideen“



Wie „solidarisch“ ist die Finanzierung heute?

Arbeitgeber-Beitrag 7%	Arbeitnehmer-Beitrag 7,0%
0 EUR	+ Arbeitnehmer-Zuschlag 0,9%
	+ Zusatzbeitrag 1% (= 8 – 37,50 EUR)
	+ Praxisgebühr 10 EUR / Q.
	+ Zuzahlungen auf Arznei- Heil- und Hilfsmittel 10%

Ratschlag 27.03.2010

12

3. Die Kopfpauschale + andere „Ideen“



Wie soll sich die Finanzierung mit Kopfpauschale ändern?

	heute	geplant:
Arbeitgeber-Beitrag 7%	Arbeitnehmer- Beitrag 7,0%	Arbeitnehmer- Beitrag als Kopfpauschale ca. 140 – 170 EUR
0 EUR	+ Arbeitnehmer- Zuschlag 0,9%	
	+ Zusatzbeitrag 1%	+ Zusatzbeitrag 1%
	+ Praxisgebühr 10 EUR / Q.	+ Praxisgebühr 10 EUR / Q.
	+ Zuzahlungen auf Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 10%	+ Zuzahlungen auf Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 10%

Ratschlag 27.03.2010

3. Die Kopfpauschale + andere „Ideen“



Wie wirkt sich die Kopfpauschale auf die Versicherten aus?

Ca. 60% der Versicherten müssen einen höheren Beitrag zahlen, als heute!

- starker Anstieg von Minijobs und Teilzeitbeschäftigungen
- Beispiel: EUR 800 brutto x 7,9% = **EUR 63,20 KV-Beitrag heute**
- **vs. EUR 150 EUR Kopfpauschale morgen**

Versicherte werden Bittsteller und Transferempfänger!

- der Sozialausgleich soll über „das Steuersystem“ erfolgen
- dafür sind nach Schätzungen des Finanzministers **ca. 35 Mrd. EUR p. a.** nötig
- Entwürdigende **Bedarfsprüfungen** a la Hartz IV für 60% der Versicherten
- **kein Rechtsanspruch** auf Transferleistungen
- massive **Beitragssatzeinsparungen für Gutverdienende**

Kopfpauschalen sind kein Erfolgsmodell! Siehe Schweiz:

- Schweizer Gesundheitssystem ist nach den USA das zweitteuerste der Welt!
- durch hohe Selbstbeteiligungen viele Leistungen nur für Besserverdienende
- ca. 30% der Bevölkerung ist auf Transferleistungen angewiesen – mit steigender Tendenz
- mittlerweile wird nach 13 Jahren nach Alternativen gesucht

Ratschlag 27.03.2010

3. Die Kopfpauschale + andere „Ideen“



Weitere „Idee“ des Gesundheitsministers: „Kostenerstattung“

Sachleistungsprinzip vs. Kostenerstattung

- Heute können 90% der Versicherten mit ihrer Krankenversicherungskarte Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen
- bei dem geplanten Kostenerstattungsprinzip berechnen die Ärzte ihre Leistungen an die Versicherten (analog PKV-System), die dann die Kosten von ihrer Krankenkasse zurück holen müssen
- **Was ist mit denen, die mit diesem System nicht klarkommen?**
- **oder was ist, wenn die Krankenkassen nicht die kompletten Leistungen erstatten?**
- **Die Versicherten bleiben auf ihren Kosten sitzen!**

Kostenerstattung setzt falsche Anreize und steigert massiv die Ausgaben

- durch fehlende Budgetierung **unbegrenzte Mengenausweitungen**
- **fördert** in erster Linie **Pharmaindustrie und Ärzteschaft** zu Lasten der Versicherten

Fazit:

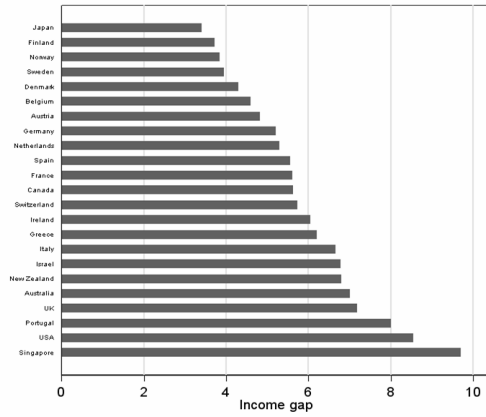
Das Gesundheitssystem steigert die Ungerechtigkeit und Ungleichheit
Katschiag 27.05.2010

4. Die Auswirkungen



Ungleichheit der Einkommensverteilung in den „reichen“ Ländern

How much richer are the richest 20% than the poorest 20%?



Source: United Nations Development Program

Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

www.equalitytrust.org.uk

Equality Trust

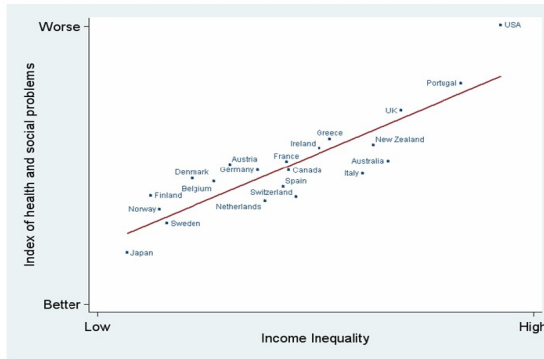
4. Die Auswirkungen



Gesundheitliche und soziale Probleme sind größer in ungleichen Gesellschaften

Health and Social Problems are Worse in More Unequal Countries

- Index of:**
- Life expectancy
 - Math & Literacy
 - Infant mortality
 - Homicides
 - Imprisonment
 - Teenage births
 - Trust
 - Obesity
 - Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
 - Social mobility



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

www.equalitytrust.org.uk Equality Trust

4. Die Auswirkungen



Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen ist größer in ungleicheren reichen Ländern

The Prevalence of Mental Illness is Higher in More Unequal Rich Countries



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

www.equalitytrust.org.uk Equality Trust

4. Die Auswirkungen



Die Lebenserwartung ist höher in Ländern mit mehr Einkommensgleichheit

Life Expectancy is Longer in More Equal Rich Countries



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

www.equalitytrust.org.uk Equality Trust

4. Die Auswirkungen



Weitere negativ korrelierte Parameter in „ungleichen Gesellschaften:

- Säuglingssterblichkeit
- Fettleibigkeit
- schulische Leistungen der Kinder
- mehr Gewalttaten
- höhere Teenager-Geburten-Rate

.....

Anmerkung: Daten stammen aus „seriösen“ Quellen z.B. von der Weltbank, der WHO, den UN und der OECD

Fazit:

- **Von eher gleichen Gesellschaftsverhältnissen profitieren alle, auch die Wohlhabenden!**
- **d. h. der politische Diskurs sollte sich dringend auf die Schaffung möglichst „gleicher“ und gerechter Verhältnisse ausrichten**

5. Die Alternativen



Welche Alternative bietet sich für eine gerechtere Finanzierung?

Die **solidarische Bürgerversicherung**

- alle Leistungen
- für alle Personen
- von allen Einkommen
- zur Hälfte aus den Gewinnen
- von den Versicherten selbstverwaltet

Vorteile:

- gerechte Gesundheitsversorgung **auf hohem Niveau für alle**
- Finanzierung **unabhängig von** der Entwicklung des **Arbeitsmarktes**
- **solidarische Finanzierung** aller
- **unabhängig von der Haushaltslage** des Bundes
- **keine Manövriermasse** des Finanzministers

5. Die Alternativen



Deshalb fordern wir:

- ✓ **Stärkung des Solidarsystems durch Pflichtversicherung für alle Bürger**
- ✓ **Gerechte Beitragsermittlung auf Basis aller Einkommensarten**
- ✓ **Weiterführung des Sachleistungsprinzips**
- ✓ **keine Wahltarife und private Zusatzversicherungen**
- ✓ **Stopp der marktwirtschaftlichen Ausrichtung und Privatisierung für ein System der öffentlichen Daseinsvorsorge**
- ✓ **demokratische Beteiligung und Kontrolle durch die Versicherten für Transparenz und gelebte Demokratie in der Selbstverwaltung**

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

AG Soziale Sicherungssysteme

Nächstes AG-Treffen
26.09.2010,
10 – 16 Uhr, Frankfurt

www.attac-netzwerk.de/ag-soziale-sicherungssysteme/