



07.04.2010: Einige große gesetzliche Krankenkassen haben vor wenigen Wochen einen Zusatzbeitrag beschlossen, der ausschließlich die Versicherten betrifft und die „Arbeitgeber“ verschont.

Vorhergehende Schritte mit der gleichen Wirkung waren schon die Zuzahlung bei Medikamenten, die Begrenzung der Leistungen bei Zähnen und Brillen und die leidige Praxisgebühr. Außerdem war der Beitragssatz für die „Arbeitgeber“ schon 2005 auf 7% vom Bruttoeinkommen der „Arbeitnehmer“ gedeckelt worden, während diese inzwischen 7,9 % von ihrem Brutto bezahlen.

Die Möglichkeit der Erhebung von Zusatzbeiträgen ist den Kassen mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds durch die CDU/SPD- Vorgängerregierung eröffnet worden. Der Zusatzbeitrag soll bei drohenden Kassendefiziten mehr Geld bereitstellen, ohne den Zuschuss aus dem Bundeshaushalt oder den geltenden Beitragssatz zu erhöhen, der auch für die „Arbeitgeber“ gilt.

Der weitere Verlauf der öffentlichen Auseinandersetzung macht deutlich, dass es mit dem vermeintlich kleinen Betrag von 8 Euro um einen ersten Schritt zu einer wahren Revolution der Finanzierung des Gesundheitssystems geht:

Wer zahlt bisher – wer soll künftig zahlen.

Die „paritätische“ Beitragszahlung

Bisher zahlen alle Versicherten von ihrem Bruttoeinkommen einen gleichen Prozentsatz. Das bedeutet eine Art Zwangssolidarität mit höheren Summen bei höheren Einkommen. Diese Zwangssolidarität hat allerdings zwei Grenzen:

1. bei 3.675 Euro im Westen liegt eine Beitragsbemessungsgrenze, höher werden die Beiträge dann nicht
2. bei 4.162 Euro im Westen liegt eine Versicherungspflichtgrenze, jenseits davon ist der Ausstieg in eine private Versicherung möglich.

Außerdem zahlt der „Arbeitgeber“ über den Bruttolohn hinaus die gleiche Summe wie der „Arbeitnehmer“ an die Krankenkassen. Damit ist pro Unternehmen der gesamte Lohnaufwand um diese Summe höher. Das gilt auch für die gesamte Volkswirtschaft, da heißt das

„Bruttoarbeitnehmer-Entgelt“.

Ausdrückliches Ziel von Unternehmern, von FDP und bis vor kurzem auch der CDU ist es, den Aufschlag der „Arbeitgeber“ auf den Bruttolohn abzuschaffen und die Zahlung für die Gesundheitskosten ihrer „Arbeitnehmer“ denen selbst zu überlassen. Die Parole dafür lautet – Begrenzung der sog. „Lohnnebenkosten“, weil dies angeblich die Konkurrenzfähigkeit der deutschen Wirtschaft untergraben wurde. Diese ist allerdings außerordentlich hoch, wie die Exportüberschüsse zeigen und die sind, wegen der erzeugten weltwirtschaftlichen Ungleichgewichte, wie sich gerade in der Krise zeigt, eher ein Übel.

Die bisherige Wirkung des Umlageverfahrens und der „paritätischen“ Beitragszahlung

Das bisherige System der Finanzierung der Gesundheitskosten funktioniert so, dass die Summe der auftretenden Kosten: Arztbesuche, Arzneien, Krankenhausaufenthalte, sonstige Therapien und Krankengeld der Maßstab für die dann erforderlichen Beiträge sind. Steigende Kosten werden also automatisch und direkt in steigende Beiträge umgelegt. Und das bedeutet, dass der bezahlte Lohnaufwand der „Arbeitgeber“ um den absoluten Betrag der Beitragssteigerung ebenfalls wächst.

Es handelt sich also bei den gesetzlichen Kranken-Kassen tatsächlich um Kassen und nicht um Versicherungen, für die Risikoprämien bezahlt werden. Mehr Gesundheitskosten heißt also bisher steigender Lohnaufwand und umgekehrt – geringere Kosten, also auch verbesserte Gesundheit, senken den Lohnaufwand der Unternehmer.

Bei den „Arbeitnehmern“ ergibt sich ein etwas komplizierterer Effekt: steigende Beiträge mindern ihr Nettoeinkommen – aber sie erhöhen die Summe, die für die Kranken und ihre Gesundheit zur Verfügung steht. Sinkende Kosten, evtl. durch verbesserte Gesundheit, erhöhen ihren Nettolohn – aber vermindern die Summe, die für die Finanzierung des Gesundheitssystems zur Verfügung steht.

Ausstieg in die Kopfprämie

Aus diesem Automatismus wollen die Unternehmer aussteigen. Der Weg dazu soll die Umstellung des Finanzierungssystems auf die sog. Kopfprämie sein. Wie bei der Kfz-Versicherung bezahlt jeder Versicherte für seine Gesundheit (sein Auto) privat und allein die gleiche Prämie. Und die kann sich dann auf eine bessere Versorgung, z.B. 1. Klasse, Chefarzt (Vollkasko), auf ein besseres Gebiss oder eine bessere Hüftprothese (ein größeres Auto) richten; Varianten der Selbstbeteiligung eingeschlossen. Das Ziel der Parteien, die den Unternehmen auch finanziell verbunden sind, vor allem FDP und CDU, ist es damit auch, den privaten Versicherungen die bisherigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen als Kunden zu treiben. Da fallen dann später entsprechend lukrative Posten und Zahlungen für prominente Politiker und die Parteien ab. Korruption mit Zeitzünden: Riester, Clement, Rürup etc.

Woher kommen die Kosten für das System der Krankenversorgung und woher deren Zunahme?

Neben den Interessen der Unternehmer an niedrigen Löhnen und der privaten Versicherungen an neuen Kunden, haben natürlich auch die Beteiligten am Gesundheitssystem eigene

Einkommensinteressen. Die privaten niedergelassenen Ärzte, die sonstigen Therapieanbieter, die Krankenhäuser und vor allem auch die Pharmaindustrie. Wobei private Ärzte und Pharmaindustrie bisher zu beiderseitigem Vorteil gut kooperieren – was verschrieben wird, muss bezahlt werden, den Preis bestimmen die Unternehmen – bis vor kurzem. Inzwischen hat noch die große Koalition für die einzelnen Arztpraxen eine Deckelung der pro Kopf aufzuwendenden Ausgaben beschlossen – ein Kassen- Budget für die einzelne Praxis. Seitdem war die langjährige Gesundheitsministerin Schmidt (SPD) bei den Verbänden der Ärzte geradezu verhasst.

Es geht also einerseits um die Einkommen der Ärzte, sie gehören als Selbständige häufig zu den richtig gut verdienenden Gruppen. Außerdem wollen natürlich auch selbständige Masseure, Krankengymnasten usw. ihr Auskommen haben, auch hier entwickeln sich inzwischen kleinere Unternehmen mit Gewinninteressen. Andererseits geht es um die Profite der Pharmaunternehmen – deren Gewinne und Profitraten gehören nicht zu den schlechtesten. Und es geht um die Finanzierung der Krankenhäuser, davon zunehmend auch private – also auch um deren Gewinne.

Wie kann es besser gehen?

Die Profite der Kranken-Unternehmen müssten nicht steigen, wenn die Einrichtungen weiter öffentlich wären. Die Kosten der Krankenhäuser könnten begrenzt bleiben, wenn es eine vernünftige Planung ihrer Größe, Verteilung in der Fläche und ihrer Spezialisierung gäbe – auch bei besserer Personalausstattung und -bezahlung als heute.

Die Kosten der privaten Ärzte könnten durch die Einrichtung von direkt kassenfinanzierten Ambulatorien und die Eingrenzung der Apparatedizin gesenkt werden. Vor allem ein vernünftiges Abrechnungssystem der Kassen mit den privaten Ärzten würde helfen. Die kassenärztlichen Vereinigungen dienen bisher als Melkstationen für die Ärzte.

Zuletzt sind die faktisch ohne Konkurrenz gesetzten Preise der Pharmaunternehmen für ihre jeweils neuesten Produkte und die Bezahl-Pflicht der Kassen einer der üblen Kostentreiber im System. Hier würde eine Zusammenfassung aller Kassen bei einer bisher nicht möglichen Aushandlung von Preisen große Summen einsparen und die Profite der Unternehmen zurückfahren.

Eigentümlichkeiten der Kosten des Gesundheitswesens

Die Kosten des Gesundheitswesens sind zum einen vor allem von Personalkosten getragen. Mit dem steigenden Einkommens- und Lebensstandard der Versicherten müssen natürlich auch die Einkommen aller Arbeitenden im Gesundheitswesen steigen, laufend und permanent – solange die Wirtschaft wächst und die Preise steigen. Und daher müssen auch die Beiträge steigen.

Mit dem steigenden Sterbealter der Bevölkerung und der sinkenden Zahl an Nachwuchs steigt auch der Anteil an älteren Menschen, ob sie nun früher 70 oder heute 80-90 Jahre alt werden. In den letzten Jahren vor dem Tode (früher wie heute) fallen zunehmende Kosten für die Krankenbehandlung an.

Wenn die pflichtversicherten Rentner keine entsprechenden Beiträge für die Krankenkassen

zahlen (ob durch die Rentenversicherung, ob direkt oder durch den Bundeshaushalt), bedeutet ihr längeres Leben, nicht notwendigerweise ihr hohes Alter, auch eine Zunahme der Krankenkosten.

Immer weniger werden alte Leute zu Hause von ihren Angehörigen, d.h. meist von den Frauen, versorgt und gepflegt. U.a. die Berufstätigkeit auch der Frauen, die wir für richtig halten, bedeutet dann aber: Pflege im Heim - und das ist teuer.

Zudem bringt der Fortschritt in der Behandlung von bisher unheilbaren Krankheiten zusätzliche Therapien und zusätzliche Kosten ins Spiel.

Aus all diesen Gründen müssen die Gesundheitskosten auch ohne Profit-Interessen steigen und daher auch die Beitragsätze, nicht nur die absoluten Summen.

Die Wirtschaftslage beschneidet die Beitragseinnahmen

Die finanzielle Lage des Gesundheitssystems ist aber nicht vor allem von der Kostenseite her ein Problem.

Viel gewichtiger ist es, dass seit 1975 die Menge der Beitragszahler im Verhältnis zu den leistungsberechtigten Versicherten zunehmend sinkt:

Die mit jeder Krise schubweise um jeweils rund eine Million steigende Zahl der Arbeitslosen, die aber weiter versichert sind, lässt das Verhältnis von Ausgaben und Einnahmen zunehmend aus dem Ruder laufen.

Die beste Sicherung der Finanzen der Krankenkassen wäre die Herstellung der Vollbeschäftigung.

Die DKP fordert:

- **Keine Zusatzbeiträge und keine Kopfprämie! Wiederherstellung der vollen Leistungen der Krankenkassen**
- **Beibehaltung des Umlageverfahrens und der Wiedereinführung der „paritätischen“ Beitragszahlung**
- **Kein Notausgang über eine „Bürgerversicherung“, sondern Abschaffung von Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze**
- **Auf- und Ausbau eines kommunalen und von den Kassen direkt finanzierten örtlichen Gesundheitssystems**
- **Herstellung der Vollbeschäftigung durch Arbeitszeitverkürzung: weniger Krankheiten durch Ausgrenzung; mehr Beitragszahler für die Krankenkasse**