

## **Informationen zur Gesundheitspolitik**

© Sabrina Schmalz

Die KAB setzt sich für ein solidarisches und gerecht es Gesundheitssystem in Deutschland ein. Der Mensch muss im Mittelpunkt der Behandlung, der Prävention oder der Linderung stehen. Alles medizinisch Machbare muss sich danach ausrichten, nicht am Profit einzelner Lobbygruppen.

In Deutschland wird bei dem Stichwort Gesundheitsreform häufig nur auf die finanziellen Aspekte eines angeblich zu teuren Gesundheitssystems hingewiesen, um die Bürgerinnen und Bürger zu mehr „Eigenverantwortung“ zu zwingen. Eigenverantwortung wird dabei verstanden als zusätzliche finanzielle Belastung.

Es ist nur noch die Rede davon, die Lohnzusatzkosten unter 40 Prozent zu drücken. Kaum jemand merkt kritisch an, dass mit dieser reinen Kostenverlagerung zu Lasten von 90 Prozent der Bevölkerung rein gar nichts an strukturellen und nachhaltig wirksamen Reformen im Gesundheitswesen gewonnen ist. Tatsächlich sind in dem System jedoch jede Menge Einsparungsmöglichkeiten durch wirtschaftliches Handeln und Stärkung der Prävention möglich. Wirtschaftliches Handeln schließt beispielsweise auch die Einführung einer Positivliste ein. Die von der Pharmaindustrie massiv bekämpfte Positivliste würde durch Studien für effektiv gehaltene Medikamenten zulassen, alle weiteren wären von der Solidargemeinschaft nicht zu finanzieren. Gerade die Pharmaindustrie hat dazu beigetragen, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung massiv gestiegen sind.

Deutschland leidet an Über- Unter- und Fehlversorgung.

Die deutsche Röntgengesellschaft stellte 1999 fest, dass 50 Prozent aller Röntgenuntersuchungen überflüssig sind. Hierin läge bereits ein Einsparpotenzial von 400 Mio. Euro.

Jährlich werden 4 Mio. Mammografien ohne Qualitätssicherung durchgeführt. Sie führen zu 100.000 unnötigen Brustoperationen.

Bis zu 80 Prozent von jährlich 28.000 Amputationen, 9.000 Erblindungen und 1.500 Dialyse-Personen mit Diabetes Typ 2 wären durch einfache Maßnahmen vermeidbar.

Durch Prävention können nach seriösen Schätzungen mindestens 15 Prozent der Gesundheitsausgaben gekürzt werden. Prävention würde darüber hinaus die Lebensqualität der Menschen verbessern, denn jede verhinderte Krankheit bedeutet bessere Gesundheit.

Das System einer solidarischen Gesundheitsversorgung hat in Deutschland auch weiterhin große Mehrheit in der Bevölkerung. Als vollkommen oder zumindest gerecht finden fast über zwei Drittel der Deutschen, dass Gesunde Kranke, Junge Alte und einkommensstarke einkommensschwache Menschen unterstützen.

### **Arbeitgeberbelastung durch Gesundheitskosten**

Am Wert aller in Deutschland produzierten Güter und Dienstleistungen von 3.650 Mrd. Euro (Produktionswert) macht die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 3,2 Prozent aus. Darin machen die Beitragszahlungen der Arbeitgeber zur GKV 1,2 Prozent des Produktionswertes aus, die Lohnfortzahlung 0,8 Prozent. Diese Anteile beschreiben das Potenzial, um das deutsche Produkte theoretisch günstiger würden, wenn die Arbeitgeber vollständig von ihren Pflichten entlastet würden.

An den gesamten Arbeitskosten in Deutschland in Höhe von 1100 Mrd. Euro machen die gesamte gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 10,6 Prozent aus, die Beitragszahlungen der Arbeitgeber zur GKV 4,1 Prozent und die Lohnfortzahlung 2,8 Prozent. Um diese Anteile würden sich die Arbeitskosten theoretisch reduzieren, wenn die Arbeitgeber vollständig von ihren Pflichten entlastet würden. Für den internationalen Vergleich wurden sechs Länder ausgewählt, die mit Deutschland entweder im Standortwettbewerb stehen oder deutliche Unterschiede in Bezug auf die Finanzierung der Gesundheitsausgaben

aufweisen: Schweiz, Frankreich, Niederlande, Polen, Großbritannien und USA.

Die gesundheitsbedingte Arbeitgeberbelastung pro Beschäftigten liegen in Deutschland mit 3012 Euro unter denen von Frankreich, Niederlande und USA. Die Belastung der britischen Arbeitgeber ist mit 1836 Euro deutlich niedriger, was im Wesentlichen durch die insgesamt deutlich geringeren Ausgaben für das britische Gesundheitssystem sowie dessen Steuerfinanzierung bedingt ist.

Die Arbeitgeberbelastungen in Polen betragen auf Grund des sehr viel geringeren Lohnniveaus nur etwa ein Zehntel des deutschen Wertes. Die Belastungen der Schweizer Arbeitgeber sind mit 2214 Euro deutlich niedriger, obwohl das Gesundheitswesen der Schweiz ein höheres Ausgabenniveau hat als das deutsche.

Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn man den Anteil der gesundheitsbedingten Arbeitgeberbelastung am Produktionswert für das Jahr 2000 vergleicht: drei Länder (Polen, Schweiz und Großbritannien) haben geringere Anteile (2,1; 1,9 und 1,8 Prozent). Die anteile der anderen Länder sind höher (Frankreich mit 3,6 Prozent und Niederlande mit 3,7 Prozent) oder gleich (USA). Die Belastung der Arbeitgeber in Deutschland kann damit im internationalen Vergleich als mittelmäßig bezeichnet werden.

Die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung hat im internationalen Vergleich pro Beschäftigten zwischen 2,1 (Deutschland) und 65,7 Prozent (Polen) zugenommen. Die gesundheitssystem-bedingten Kosten sind also in allen anderen untersuchten Ländern deutlich stärker gestiegen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung sowohl in Deutschland als auch im internationalen Vergleich im Verhältnis zum Produktionswert einen nur geringen Anteil hat und damit kein großes Potential zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit beinhaltet. Infolgedessen kann auch kein Zusammenhang gezeigt werden zwischen einer unterschiedlichen Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitskosten und der Entwicklung der

Beschäftigten in Branchen, die im internationalen Wettbewerb stehen.

*Ecker/Häussler/Schneider: Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich, IGES/BASYS 2004*

### **Tod aus der Pillendose**

Sind es 16.000 Tote jedes Jahr oder doch eher 58.000? Wie viele Menschen in Deutschland durch falsch dosierte Arzneimittel oder unerkannte Wechselwirkungen der Medikamente Schaden erleiden, kann niemand sagen. Offensichtlich aber wird das Thema unterschätzt.

Schwer, den Überblick zu behalten: Es gibt 19491 verschreibungspflichtige Arzneimittel mit 1819 Wirkstoffen in Deutschland, durchschnittlich 45 kommen jedes Jahr hinzu.

Noch schwerer, den Überblick über das zu behalten, was sie anrichten können: Sind es 16.000 Tote jedes Jahr hier zu Lande oder doch eher 58.000? Geht die Zahl der Geschädigten in die Hunderttausende oder gar in die Millionen?

Niemand kann sagen, wie viele Menschen in Deutschland durch falsch dosierte Arzneimittel oder unerkannte Wechselwirkungen der Medikamente ums Leben kommen und wie viele schwere Gesundheitsschäden erleiden.

Dabei geht es nicht nur um spektakuläre Marktrücknahmen wie bei dem Fettsenker Lipobay oder dem Schmerzmittel Vioxx, sondern um das alltägliche Chaos in den Pillendosen.

Von England und den USA ist bekannt, dass dort mehr Menschen an Medikamenten als im Straßenverkehr sterben. „Auch in Deutschland sind es viele Tote. Es sind noch mehr Geschädigte. So viel wissen wir“, sagt Bruno Müller-Oerlinghausen, Vorstandsvorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

„Es ist schlimm, dass wir keine genaueren Daten haben. Schlimmer ist aber, dass über Ursachen und mögliche Vermeidungsstrategien bisher kaum geforscht und diskutiert wird.“

Das soll sich endlich ändern. Heute beginnt in Saarbrücken der erste deutsche Kongress über Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie.

Gefährliche Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen sind häufig. Vier Prozent der Patienten in der Inneren Medizin werden allein deswegen aufgenommen – in Deutschland rund 88.000 jedes Jahr. Dies führt zu Kosten von 400 Millionen Euro jährlich.

Die geschätzten jährlichen 58.000 Todesfälle in Deutschland gehen auf eine norwegische Untersuchung zurück. Kritiker bezweifeln allerdings, dass sich die dortigen Ergebnisse übertragen lassen.

„Wir müssen aufhören, uns im Vorfeld selbst zu bekriegen“, fordert Müller-Oerlinghausen. „Ärzte weisen Zahlen zurück, reagieren beleidigt oder werfen sich Nestbeschmutzung vor. Wir sollten endlich anfangen, wenigstens die vermeidbaren Fehler zu verhindern.“

Das Eingeständnis von Behandlungsfehlern ist unter Medizinern nicht sehr verbreitet. Wenn ein Arzt zugibt, dass die Arzneimitteltherapie mit erheblichen Risiken einhergeht und von einer erheblichen Dunkelziffer an schweren Zwischenfällen auszugehen ist, reagieren viele Doktores gereizt.

Es passt nicht zu ihrem Selbstverständnis als Helfer und Heiler, dass sie Patienten mit ihrem Handeln womöglich auch Schaden zufügen.

Dabei gibt es – anders als bei der Flugsicherheit – in Krankenhäusern und Arztpraxen bisher kein System zur Fehlererkennung. Selbst kompetente Ärzte können Fehler nicht vermeiden, wenn die Verfahren zur Medikamentengabe nicht gut organisiert sind. Zwölf verschiedene Medikamente nehmen internistische Patienten im Durchschnitt ein.

Daniel Grandt, Chefarzt des Klinikums Saarbrücken und Mitorganisator des Kongresses, wählt einen drastischen Vergleich: „Auch als guter Fahrer kommt man mit abgefahrenen Sommerreifen nicht durch einen Schneesturm.“ So nimmt beispielsweise jeder fünfte Patient im Krankenhaus Medikamente, ohne dass der behandelnde Arzt etwas davon weiß.

Weil es dem Onkel auch geholfen habe, bekommen Mediziner in solchen Fällen oft zu hören. „Ärzte und Patienten sollten wissen, dass die Arzneimittelgabe ein Hochrisikoprozess ist“, sagt Grandt.

Manche Patienten sind besonders gefährdet. Wenn die Niere das Blut nicht mehr richtig reinigt, sammeln sich viele Medikamente im Körper an und können zu einer Arzneimittelvergiftung führen. „Jeder sechste Patient auf einer normalen Station für Innere Medizin hat eine Nierenfunktionsstörung“, sagt Walter Haefeli, Klinischer Pharmakologe am Universitätsklinikum Heidelberg.

Das Problem dabei: Bei alten Menschen steigt die Kreatinin-Konzentration im Blut, die einen Nierenschaden anzeigt, verzögert an. „Eine schlanke, betagte Dame kann eine halbierte Nierenleistung haben, ohne dass es im Krankenhaus bemerkt wird“, so Haefeli.

Wird wie üblich weiter therapiert, können die Folgen der schleichenden Überdosierung dramatisch sein: Das Herzmedikament Digoxin kann dann zu schweren Rhythmusstörungen führen, das Magenmittel Ranitidin zu Verwirrung, die Herpes-Arznei Aciclovir bis ins Koma.

„Es folgen teure Zusatzabklärungen, bis man feststellt, dass die Patienten durch falsche Dosierungen vergiftet worden sind“, sagt Haefeli.

Der Verbesserungsbedarf ist enorm. Auf internistischen Stationen bekommen nur ein Drittel der Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion die richtige Dosis. Am Universitätsklinikum Heidelberg gibt es inzwischen mehr als 5000 PCs, die Ärzte bei der Verordnung unterstützen.

Warnampeln zeigen an, ob ein Medikament kritisch für Nierenkranke ist oder ob andere Wechselwirkungen zu beachten sind. „Dadurch konnte die richtige Dosierung bei Nierenkranken auf 67 Prozent gesteigert werden; wenn ein Klinischer Pharmakologe auf Station ist, sogar auf 80 Prozent“, sagt Haefeli.

Daniel Grandt weist auf andere Vorteile solcher Hilfen hin, etwa wenn Zulassungsbehörden vor Risiken warnen: „Man muss sicherstellen, dass diese Informationen nicht nur auf einem Schreibtisch landen, sondern allen Ärzten sofort zur Verfügung stehen.“

Aktuelles Beispiel: Vor wenigen Tagen warnte die amerikanische Zulassungsbehörde FDA vor einigen Neuroleptika. Unter den Mitteln gegen Verwirrung kam es bei alten Patienten gehäuft zu Todesfällen. Bruno Müller-Oerlinghausen

fordert von Politik und Öffentlichkeit, das Thema nicht mehr so stiefmütterlich zu behandeln: „Für jedes molekulare Detail gibt es Forschungsgeld, aber pharma-unabhängige Forschung zur Arzneimittelsicherheit wird bisher kaum gefördert.“

*Süddeutsche Zeitung, 19.04.2005*

### **Krankenstand auf sehr niedrigem Niveau**

Der Krankenstand im ersten Halbjahr 2005 ist weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau. Im ersten Halbjahr dieses Jahres fehlten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nur 3,57 Prozent der Sollarbeitszeit. Das ist der zweitniedrigste Halbjahreswert, der seit Erhebung der Fehlzeiten im Jahre 1970 ermittelt wurde.

Im Jahr 2004 war der Krankenstand mit 3,37 Prozent auf einen historischen Tiefstand gesunken. Der geringfügige Anstieg im ersten Halbjahr geht vor allem auf erkältungsbedingte Fehlzeiten in den Monaten Februar und März zurück. In den Monaten Januar, April und Mai lagen die Fehlzeiten unter den Vorjahreswerten.

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung*

### **Bürgerversicherung gegen Gesundheitsprämie: Worin liegen die Unterschiede?**

#### Bei der Bürgerversicherung (Modell SPD)

- Wird die Versicherungspflichtgrenze aufgehoben.
- Gesetzliche Krankenversicherung und private Krankenversicherung bieten gleichberechtigt das Produkt Bürgerversicherung an: Beamte, Freiberufler, Selbständige und Gutverdiener oberhalb der Versicherungspflichtgrenze werden in die Finanzierung einbezogen (Für bisher privat Versicherte gilt Bestandsschutz).

- Einheitlicher Pflichtleistungskatalog nach SGB V; dieser beinhaltet das medizinisch Notwendige (Gesundheitsförderung, Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation)
- Einheitliches und gleiches Vertragsrecht
- Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot, Sachleistungsprinzip, prozentualer Beitragssatz, Familienversicherung
- Kassenartenübergreifender – morbiditäts(krankheits-)bezogener Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

#### Die Gesundheitsprämie (Merkel/Stoiber) setzt hingegen andere Akzente:

- Es bleibt bei der Trennung von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung
  - Kinder von privat Versicherten werden beitragsfrei gestellt
  - Der bisherige einkommensbezogene, prozentuale Beitrag wird abgeschafft und durch eine Einheitsprämie für alle gesetzlich Krankenversicherten ersetzt.
  - Der Arbeitgeberbeitrag wird bei 6,5 Beitragssatzpunkten eingefroren.
  - Die beitragsfreie Familienversicherung wird abgeschafft. Jede/r erwachsene Versicherte muss die Gesundheitsprämie zahlen.
  - Ein sozialer Ausgleich erfolgt für diejenigen Geringverdiener, bei denen die Gesamtbelastung ihres Krankenversicherungsbeitrags sieben Prozent ihres Haushaltsbruttoeinkommens übersteigt. Millionen von Versicherten bedürfen hierdurch staatlicher Zuschüsse.
  - Defizit von 28 Mrd. Euro ungeklärt.
- Das Modell ist äußerst umstritten.
-

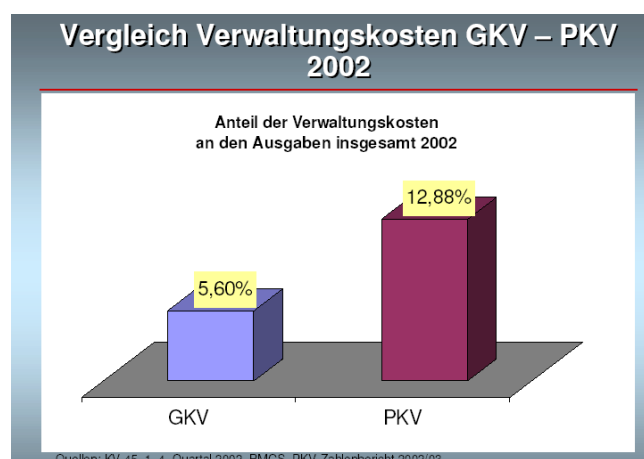
## Welche Unterschiede gibt es zwischen dem System der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung?

Jährlich wechseln rund 360.000 gutverdienende und gesunde Versicherte in die private Krankenversicherung. Nach einer Risikoprüfung und mit einem Einkommen von mehr als 3860 Euro entziehen sie sich der solidarischen Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung. Angeblich sei die private Krankenversicherung zukunftsfest, attraktiver und billiger. Die Realität sieht freilich anders aus.

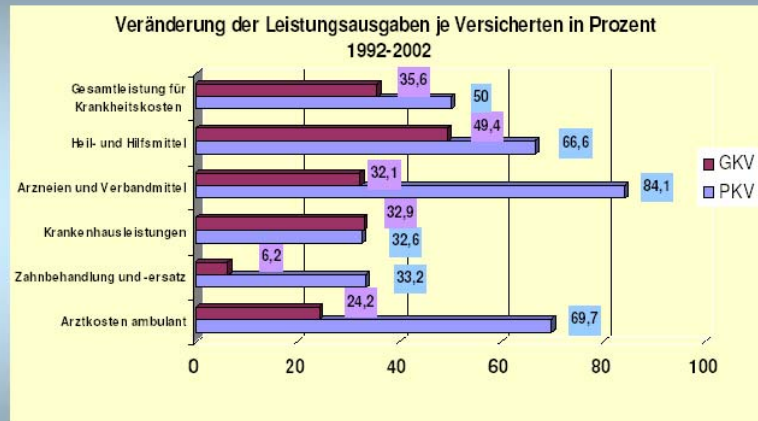
Auch die private Krankenversicherungswirtschaft leidet an Demografieproblemen. Um überproportionale Prämiensteigerungen im Alter zu vermeiden, ist die private Krankenversicherung seit dem 1.7.1994 verpflichtet, für Versicherte oberhalb von 65 Jahren einen Standardtarif anzubieten, der Leistungen in vergleichbarem Umfang wie in der GKV bietet und weitgehend Prämienstabilität gewährleistet (vgl. §257 SGB V). Eine weitere Maßnahme zur künftigen Abmilderung von Beitragsanpassungen in der privaten Krankenversicherung betrifft die Einführung eines zusätzlichen Kapitalstocks. So sind seit dem 1.1.2000 alle (Neu-)versicherten bis zum Alter von 60 Jahren verpflichtet, einen zehnpromzentigen Zuschlag auf ihren Beitrag zu entrichten (vgl. § 12 Abs. 4 a VAG: PKV 2002a: 50). Eine weitere Maßnahme betrifft die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattungen, die nach §12a Abs. 3 VAG für die Zuführung zur besonderen Entlastung älterer Versicherter verwendet werden müssen. Da somit in der private Krankenversicherung auch Umlagebestandteile Anwendung finden, ist diese auch von der künftigen demographischen Entwicklung betroffen. Die private Krankenversicherung ist auf einen stetigen Zuwachs an jungen Versicherten angewiesen, um über diese Umlagefinanzierung die Beitragsbelastung der älteren Versicherten nicht übermäßig ansteigen zu lassen.

Darüber hinaus sind die Verwaltungsgebühren wesentlich höher als in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Weit mehr als die gesetzliche Krankenversicherung leidet die private Krankenversicherung an immensen Ausgabensteigerungen. Sie ist an Leistungsverträge mit ihren Mitgliedern gebunden und muss diese erfüllen. Das wird unter Umständen teuer. Um diese Ausgaben decken zu können, müssen die Beiträge steigen. Erschwerend kommt hinzu, dass die private Versicherungswirtschaft Milliarden Euro an den internationalen Kapitalmärkten durch risikoreiche und falsche Anlagepolitik verloren hat. Auch das zahlt der privat Versicherte mit...



# GKV vs. PKV

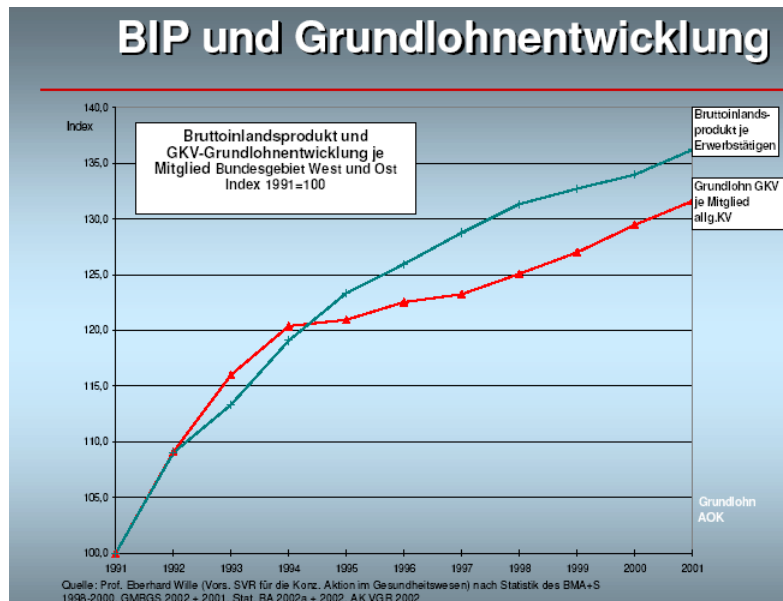


Quelle: PKV-Zahlenbericht 2002/03

## Die Systemunterschiede im Überblick:

gesetzliche Krankenversicherung	private Krankenversicherung
<p><b>Basis: Gesetz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solidarprinzip</li> <li>• Sachleistungsprinzip</li> <li>• Leistung nach Bedarf</li> </ul> <p><b>Prinzip</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Gewinnerzielung</li> <li>• Versicherung ohne Ansehen der Person (Kontrahierungszwang)</li> <li>• „große Solidargemeinschaft aller 71 Millionen Versicherten“</li> <li>• permanenter Wettbewerb</li> <li>• Umlagefinanziert</li> </ul> <p><b>Solidarprinzip</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesunde für Kranke</li> <li>• Gutverdienende für Wenigverdienende</li> <li>• Jung für Alt</li> <li>• Singles für Familien</li> <li>• keine Diskriminierungen von Bevölkerungsteilen (Frauen, Senioren, Behinderte, Kranke und Familien)</li> <li>• Versicherung ohne Ansehen der Person (Kontrahierungszwang)</li> <li>• alle (geöffneten) Krankenkassen müssen jederzeit jeden (berechtigten) Antragsteller umfassend versichern</li> <li>• gesetzlich Versicherte können jederzeit ihre Krankenkasse wechseln (mit 18-monatiger Bindung)</li> <li>• (Vor-)Erkrankungen und / oder aktueller Gesundheitszustand spielen für Beitragshöhe, Leistungsumfang und Versicherungszugang keinerlei Rolle</li> </ul>	<p><b>Basis: private Verträge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Äquivalenzprinzip</li> <li>• Kostenerstattungsprinzip</li> <li>• Leistungen wie vereinbart</li> </ul> <p><b>Prinzip</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewinnerzielungsabsicht</li> <li>• Ausschluss (Vor-)Erkrankter, Zuschläge entsprechend „Risiken“ (kein Kontrahierungszwang)</li> <li>• „kleine Versichertengemeinschaften“</li> <li>• nur Wettbewerb um Neuverträge</li> <li>• Teilkapitalstockbildung</li> </ul> <p><b>Äquivalenzprinzip</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesunde unterstützen Kranke (jeweils innerhalb einer Versicherungs- bzw. Tarifgruppe)</li> <li>• Diskriminierung von Frauen (eigene, höhere Tarife), Familien (Prämienpflicht auch für Kinder), (Vor-) Erkrankten (Risikozuschläge) und Behinderten / Schwerkranken (Zugangsverweigerung)</li> <li>• Ausschluss (Vor-)Erkrankter, Zuschläge entsprechend „Risiken“</li> <li>• private Krankenversicherer können die Versicherung verweigern und / oder laufende Versicherungen kündigen</li> <li>• (Vor-)Erkrankte können abgelehnt werden (Eingangsuntersuchung)</li> <li>• Erhebung von Zuschlägen entsprechend mathematischer „Risiken“</li> <li>• zu „riskante“ Leistungen werden ausgeschlossen (z.B. Psychotherapie bei Vorerkrankung)</li> </ul>

## Gibt es eine Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen?



Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen sind seit 1980 von rund 44 Mrd. Euro auf rund 126 Mrd. Euro in 2000 gestiegen. Durch die Wiedervereinigung sind zum einen mehr Versicherte dazu gekommen. In 2000 entfallen etwa 17 Prozent der gesamten Ausgaben auf die Neuen Länder.

Um tatsächlich eine Aussage treffen zu können, ob die Kosten explodiert sind, muss die allgemeine Preisentwicklung berücksichtigt werden. Von 1980 bis 2000 sind die Preise allgemein um das 1,6-fache gestiegen. Bezogen auf die alten Bundesländer und bereinigt um die Preissteigerung sind die Kosten zwischen 1980 und 2000 nur von 44 Mrd. Euro auf 65 Mrd. Euro, das entspricht einer Zunahme von etwa 50 Prozent in 20 Jahren.

Die Entwicklung der Kosten der Krankenversicherung dürfen nicht isoliert betrachtet werden, da die Löhne und Gehälter ebenfalls steigen. Wenn man fordert, dass die Kosten des Gesundheitswesens nicht im Umfang des Wirtschaftswachstums steigen dürfen, so dürfte auch z.B. eine Krankenschwester im Jahr 2000 nicht mehr als im Jahr 1980 verdienen.

Wenn die Gesundheitsausgaben und die Wirtschaft aber im Gleichtakt wachsen, so ist der Stellenwert der Gesundheitsausgaben im Zeitablauf konstant geblieben. Vergleicht man die Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung mit jener des BIP über die letzten 20 Jahre, so stellt man fest, dass sich das Verhältnis von Gesundheitsausgaben zum BIP seit 1980 kaum verändert hat. Das Problem liegt auf der Einnahmenseite. Die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen die sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer aufbringen. Nur auf deren Bruttolöhne werden die Beiträge erhoben, die je zur Hälfte von Beschäftigten und Arbeitgebern gezahlt werden. Die Lohnsteigerungen der Beschäftigten waren geringer als die Wachstumsraten der Wirtschaft. Zudem hat die Zahl der Arbeitslosen stark zugenommen.

Daraus folgt, dass die insgesamt von allen Arbeitgebern ausbezahlten Löhne deutlich langsamer gewachsen sind als das Bruttoinlandsprodukt. Man erkennt diese Entwicklung sehr gut an der sogenannten Lohnquote, die den Anteil der Arbeitnehmereinkommen am Volkseinkommen bezeichnet. Die Lohnquote ist seit 1980 drastisch gesunken (während umgekehrt der Einkommensanteil aus Unternehmertätigkeit und Vermögen (Gewinne, Miet- und Zinseinnahmen) in gleichem Umfang gestiegen sind). Da die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht im gleichen Umfang zunehmen, wie es die allgemeine Entwicklung der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu einer Kostendeckung bedürfte, müssen die im Arbeitsleben verbliebenen Arbeitnehmer immer höhere Beiträge aufbringen bzw. alle in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten mit Leistungskürzungen rechnen.

## **Weitergehende Informationen zum Thema finden Sie unter:**

Allgemeine Informationen zur Gesundheitspolitik in Deutschland:

<https://www.attac-netzwerk.de/material/Gesundheit.pdf>

<https://www.attac-netzwerk.de/material/Versicherung.pdf>

<http://www.die-gesundheitsreform.de/index.4ml>

[http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/gesetzl/index\\_3428.cfm](http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/gesetzl/index_3428.cfm)

Gute Zusammenfassung von Links zu den einzelnen Reformansätzen der Parteien:

[http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/seiten/21\\_politik\\_debatten.htm](http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/seiten/21_politik_debatten.htm)

Informationen der Gewerkschaften:

[http://www.verdi.de/0x0ac80f2b\\_0x006ab9e8](http://www.verdi.de/0x0ac80f2b_0x006ab9e8)

[http://www.dgb.de/themen/gesundheitspolitik/netzwerk/index\\_html](http://www.dgb.de/themen/gesundheitspolitik/netzwerk/index_html)

[http://www.dgb.de/themen/gesundheitspolitik/index\\_html](http://www.dgb.de/themen/gesundheitspolitik/index_html)

Standpunkte der Parteien:

<http://www.cducsu.de/upload/gesundheits050601.pdf>

[http://www.gruene-partei.de/cms/files/dokbin/34/34224.reader\\_buergerversicherung.pdf](http://www.gruene-partei.de/cms/files/dokbin/34/34224.reader_buergerversicherung.pdf)

<http://afa.bawue.spd.de/download/text/buergerversicherung.pdf>

[http://www.spd-marburg.de/solidarischebv/presentation\\_buergerversicherung.pdf](http://www.spd-marburg.de/solidarischebv/presentation_buergerversicherung.pdf)