

Mythos Demographie

(Rosi Pfister – Mai 2006)

1. Zu viele Alte – Gesellschaft wird immer älter – Sozialsysteme nicht mehr bezahlbar

Deshalb wird gefordert: längere LebensAZ - niedrigeres Rentenniveau, um Beiträge zu begrenzen.

Prognosen bis 2050: die heutigen Erwerbstätigen werden zu sehr belastet, ihre Renten sind nicht mehr sicher?

Dazu:

- Prognosen bis 2050 „Kaffeersatz“ (Bosbach): über einen so langen Zeitraum praktisch gar nicht möglich (vgl. Verhersagbarkeit der beiden Weltkriege, des Pillenknicks und der Migration u.a.); über einen so langen Zeitraum keine handlungsrelevante Orientierung möglich
- Demographischer Wandel nichts Neues: Lebenserwartung seit 1900 über 30% gestiegen – Altersquotient von 1900-50 um etwa 100%, von 1950-2000 um 68% gestiegen

Wesentliche Faktoren bei der Bevölkerungsentwicklung sind politisch beeinflussbar, d.h. Mythos Demographie als Dramatisierung und Manipulation, zur Diskriminierung der Alten und Disziplinierung der Erwerbstätigen, zur Ablenkung von den Folgen der verfehlten aktuellen Wirtschafts- und Sozialpolitik:

- Produktivitätssteigerung: bei gleichbleibender Erwerbsquote und bisher üblicher Produktivitätssteigerung (ca. 1,8%/a) Verdopplung des „Wohlstands“ (BIP pro Kopf)
- Steigerung der Erwerbsquote von 69% 2002 auf 90% 2050 durch Bekämpfung der Massenarbeitslosigkeit und verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf

2. Warum leere Sozialkassen?

Aktuell unbestreitbar: Finanzierungsprobleme der Sozialkassen (mythische Prognosen bis 2050 helfen da überhaupt nicht weiter!), vor allem Einnahmeproblem

wegen:

anhaltender Massenarbeitslosigkeit, zu niedrigen Löhnen und zu niedrigen Lohnzuwächsen (wegen der Überlegenheit der Arbeitgeber im Verteilungskampf), zu wenig sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen und Senkung der staatlichen Zuschüsse

3. Rentner leben auf Kosten der Jungen und Erwerbstätigen

Die jetzigen Rentner haben als Erwerbstätige die heutigen Jungen ernährt; Rentnereinkommen z.Z. nur 84% des Durchschnittseinkommens; Entscheidende Einkommensunterschiede nicht zwischen sondern innerhalb der Generationen (Armut sowohl bei erwerbstätigen Jungen wie bei alten Rentnern);

Will man die zukünftige Belastung der erwerbsfähigen durch die Versorgung der nicht erwerbsfähigen Bevölkerung erfassen, dann muss zur Zahl der Alten (ab 60J) die Zahl der zu versorgenden Jugendlichen (bis 20J) addiert werden. Für den prognostisch überschaubaren Bereich bis 2020 zeigt sich dann keinerlei demographisch bedingtes Problem: Verhältnis von zu Versorgenden zu Erwerbsfähigen 2001 45%, 2010 44,3%, 2020 46,6%.

4. Zu geringe Geburtenrate – die Deutschen sterben aus

Behauptet wird, D habe die niedrigste Geburtenrate – Fakt ist : allein in der EU 10 Länder mit niedrigerer Geburtenrate; in D von 1950-75 niedrige Geburtenrate, trotzdem Ausbau der Sozialsysteme

Niedrigere Geburtenrate bedeutet neben Anderem eben auch geringere gesellschaftliche Kosten (Bildung, Infrastruktur, Kinderbetreuung etc.)

Daher auch hier: „Kaffesatz“-Prognosen; denn Bevölkerungsentwicklung abhängig von der gesellschaftlichen Entwicklung, die politisch beeinflussbar ist.

5. Kostenexplosion im Gesundheitsbereich durch Überalterung?

Die Kosten des Gesundheitssystems sind in den vergangenen Jahren nicht viel stärker gestiegen als das BIP: so z.B. die GKV-Ausgaben 1998-2005 um 20% bei BIP um 14%.

Studien zeigen, dass die Gesundheitskosten vor allem im letzten Lebensjahr gravierend ansteigen, unabhängig vom erreichten Lebensalter; die Ausgaben im letzten Lebensjahr sind bei den „alten Alten“ sogar niedriger als bei den „jungen Alten“, in Deutschland noch deutlicher als in den USA (Scitovsky 1989; Brockmann 2002)

Die Menschen werden durch verbesserte medizinische Vorbeugung und Betreuung gesünder alt.

Stichwort „Kompression“ der Morbidität im höheren Lebensalter: Das durchschnittliche Alter des Auftretens der häufigsten chronischen Erkrankungen ist über eine 80-Jahres-Periode hinweg um 10 Jahre gestiegen. Dies gilt allerdings nicht für die Angehörigen der Unterschicht - ein bemerkenswerter Anteil der sog. altersbedingten „Morbiditätslast“ geht also auf das Konto der sozialen Ungleichheit.

Nach einer Studie für 20 OECD-Länder (Marmor 2001) liegen z.B. Schweden und Norwegen bei den Gesundheitsausgabenquoten an 13. bzw. 19.Stelle, obwohl sie die „ungünstigsten“ Altersquotienten aufweisen; umgekehrt haben die USA mit einer niedrigen Altenquote (15.Stelle) die mit Abstand höchste Ausgabenquote.

Auch in den OECD-Statistiken findet sich nicht der kleinste Hinweis auf einen statistischen Zusammenhang zwischen Altersstruktur und Gesundheitsausgaben