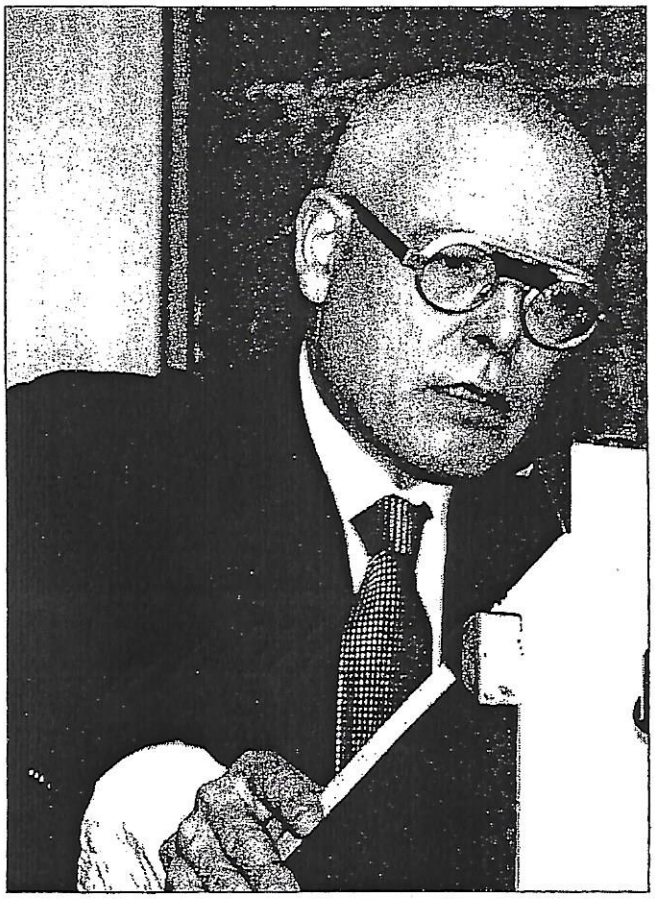


Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov/Don
Akademie und Institut für
Sozialforschung,
Tenno am Gardasee

Regionale Unterschiede in Gesundheitsbedarf und Wirtschaftskraft als Sachzwang für die Neuordnung der Krankenkassenlandschaft

1. Optimale Unternehmensgröße in der Geldwirtschaft und Krankenversicherung

Die Frage nach der bestmöglichen Unternehmensform, nach der bestmöglichen Unternehmensgröße und nach der bestmöglichen Unternehmensorganisation, vor allem aber die Frage nach der adäquatesten Unternehmensphilosophie für Unternehmen der Geldwirtschaft wird seit Basel II besonders heftig diskutiert. Es wird gefragt: Sind die nationalen und die internationalen Geschäftsbanken oder sind die regionalen Sparkassen und die förderalen Landesbanken die besseren Partner für die mittelständische Wirtschaft, wollen die Geschäftsbanken in den Zentren überhaupt noch die Gehaltskonten und wollen die Geschäftsbanken in den Zentren überhaupt noch die Eigenheimfinanzierungen oder bleiben hier nur noch die Sparkassen vor Ort? Die Öffentlichkeit führt diese wirtschaftspolitische Diskussion seit einigen Jahren.

Auch in der gesundheitspolitischen Diskussion wird die Frage nach der optimalen Unternehmensform, nach der optimalen Unternehmensgröße und -organisation sowie nach der adäquatesten Unternehmensphilosophie für die Krankenversicherungsträger zwar gestellt - aber nicht gerne gehört und noch weniger gerne beantwortet.

Im Jahre 1988 ist ein Aufsatz veröffentlicht worden, der sich mit der Frage der Zentralisierung und der Regionalisierung in der Krankenversicherung befasst. Untersucht wurden die nachteiligen Auswirkungen des Neben- und des Gegeneinander von zentralbundesweiten und regionalgebietszuständigen Krankenkassen[1].

[1] Vgl. Goeschel, Albrecht: Zentralisierung oder Regionalisierung in der Krankenversicherung als Probleme der Sozialordnungspolitik und der Raumordungspolitik, In: Der Landkreis, Köln 3/1988 , S. 111 ff.

Seitdem sind eineinhalb Jahrzehnte vergangen - die beschriebenen Probleme sind freilich bis heute nicht nur nicht gelöst, sondern sie haben sich vielmehr durch den verschärften Wettbewerb zwischen den ungleichen Kassenarten noch weiter vergrößert und durch einen inzwischen monströs gewordenen Risikostrukturausgleich noch vervielfacht.

2. Räumliche Erstreckung der Betätigungsfelder der Krankenkassen kein Gegenstand des Wettbewerbs

Schon bei den Geldinstituten führt eine Herauslösung aus allen raumwirtschaftlichen Verwurzelungen zu erheblichen gesamtwirtschaftlichen Nachteilen. Bei den Krankenkassen mit ihrem wesentlich umfassenderen Gewährleistungs- und Gestaltungsauftrag muss es geradezu desaströse Folgen haben, wenn man deren räumliche Betätigungsfelder und ihre Abgrenzung nicht dem Wettbewerb vorgibt, sondern dem Wettbewerb überlässt und damit unterwirft.

Warum aber spielen für die Krankenkassen räumliche Vorgaben eine so überragende Rolle? Die Antwort auf diese Frage liegt in der Mehrdimensionalität der Aufgabenstellung und der Wirkungsweise der Gesetzlichen Krankenversicherung. Aus dieser Mehrdimensionalität ergeben sich ihrerseits widersprüchliche Zielsetzungen und Handlungsvorgaben für die einzelnen Krankenkassen, die immer wieder neu ins Gleichgewicht gebracht werden müssen.

An genau dieser Stelle geht es dann darum, auf welcher räumlichen Ebene: Europaebene, Bundesebene, Länderebene oder Regionsebene, dieses Gleichgewicht insgesamt am besten erreicht werden kann, ob hier etwa die nationale oder ob hier nicht eher die regionale Ebene die besseren Integrationsmöglichkeiten bietet.

Die Bestimmungen des § 1 Sozialgesetzbuch V mögen hier als Beispiel dienen:
Einerseits soll die Gesundheit der Versicherten durch die Solidargemeinschaften der Krankenkassen erhalten, wiederhergestellt oder verbessert werden, andererseits sollen Krankheit und Behinderung durch die Eigenverantwortung der Versicherten vermieden und überwunden werden und die Krankenkassen sollen hierbei helfen.

Hier ist nun von erheblicher Bedeutung, dass die Lebenserwartung und damit das Gesundbleiben der Bevölkerung in den westdeutschen Ballungsräumen bei knapp 81 Jahren bei den Frauen und in den ostdeutschen Landgebieten bei nur 72 Jahren bei den Männern liegt. Es besteht kein Zweifel, dass bei solchen regionalen Spreizungen in der Lebenserwartung und damit in der Gesundheitslage auch regional vollkommen unterschiedliche Anforderungen an die Solidargemeinschaften der Krankenkassen gestellt werden - zumindest dann, wenn diese Unterschiede in der Lebenserwartung und Gesundheitslage nicht hingenommen werden sollen.

Und wenn die Ballungsräume in Westdeutschland durch Exportwirtschaft, Angestelltenkultur und Singlehaushalte einerseits, aber auch anteilsstarke Parallelgesellschaften eher traditioneller Zuwandererfamilien andererseits geprägt sind, und wenn demgegenüber die Landgebiete in Ostdeutschland durch agrarisch-industrielle Inlandswirtschaft, Arbeiterfamilien und so gut wie keine Zuwanderer geprägt sind, dann bestehen in den unterschiedlichen Regionen auch ganz unterschiedliche Voraussetzungen und Notwendigkeiten für die gesundheitliche Eigenverantwortung und für die notwendige Hilfe zur gesundheitlichen Eigenverantwortung.

3. Funktionelle Zielkonflikte in der gesetzlichen Krankenversicherung treffen auf regionale Unterschiede bei den Lösungsmöglichkeiten

Noch einmal sollen hier die im Sozialgesetzbuch V kodifizierten widersprüchlichen Zielsetzungen und Handlungsvorgaben für die Krankenkassen angesprochen werden: In § 1 wird den Krankenkassen die Aufgabe der Erhaltung, Wiederherstellung oder Besserung der Gesundheit der Versicherten gestellt - in § 4 wird ihnen hierbei jedoch „Sparsamkeit" auferlegt.

Dieser Zielkonflikt bedarf einer sachgerechten Lösung, er trifft allerdings auf regional unterschiedliche Möglichkeiten hierfür: In den westdeutschen Ballungsräumen fällt nicht nur die Lebenserwartung wesentlich höher aus als in den ostdeutschen Landgebieten - auch die Wirtschaftskraft in den Ballungsräumen des Westens liegt weit über derjenigen in den Landgebieten des Ostens.

Übersicht 1: Regionale Unterschiede in Wirtschaftskraft und Lebenserwartung 1998/1999

Es besteht die paradoxe Situation, dass genau dort, wo die Gesundheitslage, gemessen in Jahren der Lebenserwartung, besonders günstig ist, auch die Wirtschaftskraft, gemessen als Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigem, besonders hoch ausfällt, und dass ausgerechnet dort, wo die Gesundheitssituation dringend verbessert werden müßte, die erforderliche Wirtschaftskraft meilenweit zurückbleibt.

Es kann daher kein Zweifel bestehen, dass die Zielsetzungen und die Handlungsvorgaben „Gesundheitsverbesserung" einerseits und „Sparsamkeit" andererseits in den westdeutschen Ballungsräumen einen ganz anderen Inhalt, etwa den Abbau von Überversorgung, haben müssen als in den ostdeutschen Landgebieten - dort geht es wohl vorrangig um die Vermeidung oder Beseitigung von Unterversorgung und den Ausgleich der Wirtschaftskraftunterschiede.

Übersicht 1

Regionale Unterschiede in Wirtschaftskraft und Lebenserwartung 1998/1999

Merkmale Vergleichsräume	Wirtschaftskraft[3] EUR	Lebenserwartung Jahre
Ballungsräume in Westdeutschland[1]	58,700	80,8[4]
Landgebiete in Ostdeutschland[2]	35,800	72,0[5]

1) Agglomerationsräume in den alten Bundesländern
2) Ländliche Räume in den neuen Bundesländern
3) Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigem 1998
4) Mittlere Lebenserwartung eines weiblichen Neugeborenen 1999
5) Mittlere Lebenserwartung eines männlichen Neugeborenen 1999

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

©
ACCADEMIA ED ISTITUTO
PER LA
RICERCA SOCIALE
TENNO
LAGO DI GARDA - ITALIA

4. Regionalunterschiede in der Bevölkerungsentwicklung

Losgelöst von den einzelnen weiteren Zielsetzungen und Handlungsvorgaben des Sozialgesetzbuches V können eine Reihe von Regionalunterschieden aufgezeigt werden, die eine bundeseinheitliche Integration der Zielkonflikte in der Gesetzlichen Krankenversicherung keinesfalls zulassen - jedenfalls dann nicht, wenn noch größere regionale Disparitäten vermieden werden sollen.

Zunächst muss bei einer Neuordnung der Krankenkassenlandschaft in Deutschland von den teilweise gravierenden Regionalunterschieden in der Bevölkerungsentwicklung Kenntnis genommen werden. Ganz allgemein gilt: Die Ballungsräume im Westen haben im vergangenen Jahrzehnt erkennbar Bevölkerung hinzu gewinnen können, die Landgebiete im Osten dagegen haben massive Bevölkerungsverluste hinnehmen müssen.

Übersicht 2: Regionale Unterschiede in der Bevölkerungsentwicklung 1990 - 2000

Besonders problematisch ist dabei die hohe Abwanderung der Personen im Familienalter aus den Landgebieten in Ostdeutschland, die einen wichtigen Grund für den dramatischen Rückgang des Kleinkinderanteils in diesen Regionen darstellt. Soweit es zuletzt die allgemeine Alterung der Bevölkerung in Deutschland betrifft, ist diese in den ostdeutschen Landgebieten wesentlich stärker ausgeprägt als in den westdeutschen Ballungsräumen.

Wenn bei den derzeit an allen möglichen Stellen angestrengten Überlegungen zur Reform der Gesundheitsversorgung diese zukünftig noch dramatischer werdenden Regionalunterschiede in Deutschland nicht angemessen berücksichtigt werden, dann wird auch diese Reform nur Scheinlösungen bringen.

Übersicht 2

Regionale Unterschiede in der Bevölkerungsentwicklung 1990-2000

Merkmale Vergleichs-räume	Einwohner-entwicklung Prozent[3]	Familien-wande-rungssaldo je 1.000[4]	Kleinkinder-entwicklung Prozent[5]	Älteren- und Altenent-wicklung Prozent[6]
Ballungsräume in Westdeutsch-land[1]	+4,2	+0,7	-0,9	+11,7
Landgebiete in Ostdeutsch-land[2]	-7,4	-5,2	-54,1	+16,7

1) Agglomerationsräume in den alten Bundesländern
2) Ländliche Räume in den neuen Bundesländern
3) Einwohnerzahlen im Jahr 1990 und im Jahr 2000
4) Überschuss (+) oder Rückstand (-) von Zu- oder Abwanderungen von Personen bis unter 18 Jahren und von 30 bis unter 50 Jahren je 1.000 dieser Altersgruppen 1999
5) Anzahl der bis unter 5 Jahre alten Einwohner im Jahr 1990 und im Jahr 1999
6) Anzahl der 65 und mehr Jahre alten Einwohner im Jahr 1990 und im Jahr 1999

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

©
ACCADEMIA ED ISTITUTO
PER LA
RICERCA SOCIALE
TENNO
LAGO DI GARDA - ITALIA

5. Regionalunterschiede in den Gesundheitsbelastungen und in der Ärzteversorgung

Deutliche und noch dazu gegenläufige Regionalunterschiede bestehen auch im engeren Bereich der Gesundheitsverhältnisse selbst.

Übersicht 3: Regionale Unterschiede in Gesundheitsbelastungen und Ärzteversorgung 1999/2000

In Übereinstimmung mit der schon angesprochenen niedrigeren Lebenserwartung in den ostdeutschen Landgebieten sind dort auch noch andere Gesundheitsindikatoren ungünstiger ausgeprägt. Die Dichte der Verkehrsunfallverletzten ist im Osten wesentlich höher als im Westen und auch die Arbeitslosen- und Arbeiterquoten, die epidemiologisch mit ungünstigeren Gesundheitslagen verknüpft sind, liegen in den ostdeutschen Landgebieten weit höher als in den westdeutschen Ballungsräumen. Genau umgekehrt verhält es sich dann aber bei der Kassenarztdichte: Diese bleibt in den ostdeutschen Landgebieten weit unter derjenigen in den Ballungsräumen im Westen.

Für die gesetzliche Krankenversicherung bedeutet dies, dass dort, wo nicht nur die allgemeine Lebenserwartung höher ist, sondern auch die Gesundheitsbelastungen niedriger sind, besonders viele ärztliche Leistungsanbieter bereitstehen - dass aber dort, wo die Lebenserwartung niedriger und die Gesundheitsbelastungen höher sind, die Ausstattung mit Kassenärzten zurückbleibt.

In der aktuellen Reformdiskussion wird diese Situation bislang nur als zeitliches Nebeneinander von Überversorgung und Unterversorgung abgehandelt - sie muss aber mindestens genauso aufmerksam als räumliches Nebeneinander von Überversorgung und Unterversorgung verstanden und beurteilt werden.

Übersicht 3

Regionale Unterschiede in Gesundheitsbelastungen und Ärzteversorgung 1999/2000

Merkmale Vergleichs-räume	Verkehrs-unfall-verletzte je 100.000 Einwohner[3]	Arbeitslose Prozent[4]	Arbeiter Prozent[5]	Kassenärzte je 100.000 Einwohner[6]
Ballungsräume in Westdeutsch-land[1]	607	8,1	38,9	162
Landgebiete in Ostdeutsch-land[2]	743	18,3	51,8	129

1) Agglomerationsräume in den alten Bundesländern
2) Ländliche Räume in den neuen Bundesländern
3) Im Jahr 1999
4) Arbeitslose an allen Arbeitnehmern am 30. Juni 2001
5) Arbeiter an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2000
6) Im Jahr 2000

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

©
ACCADEMIA ED ISTITUTO
PER LA
RICERCA SOCIALE
TENNO
LAGO DI GARDA - ITALIA

6. Nur in der Krankenhausversorgung sind die Regionalunterschiede ausgeglichen

Von diesem paradoxen Bild gesundheitlicher Überversorgung in den wirtschaftsstarken Räumen gibt es eine Ausnahme: Den Bereich der Krankenhausversorgung. Zwar liegt wieder, wie schon bei der allgemeinen Wirtschaftskraft, auch das Entgeltniveau in den ländlichen Räumen des Ostens weit unter demjenigen in den Zentren des Westens. Für die Krankenkassen bedeutet dies, dass die Grundlage für ihre Beitragseinnahmen in den ostdeutschen Landgebieten viel schwächer entwickelt ist als in den westdeutschen Ballungsräumen.

Übersicht 4: Regionale Unterschiede in Krankenhausversorgung und Kasseneinnahmengrundlage 2000

Aber, ganz im Unterschied zur Ausstattungsdichte mit Kassenärzten, die überdeutlich mit der Wirtschaftskraft steigt und daher im Westen weit höher liegt als im Osten, verfügen die ländlichen Räume im Osten über eine gleich hohe, sogar leicht höhere Ausstattungsdichte mit Krankenhausbetten wie die Ballungsräume im Westen.

Allein durch die Bevölkerungsabwanderung aus dem Osten und durch die damit verbundene Verbesserung der Krankenhausbetten - Einwohnerrelation ist diese regionale Gleichmäßigkeit der Krankenhausbettenausstattung in den westlichen Ballungsräumen wie in den östlichen Landgebieten nicht zu erklären.

Es ist vielmehr so, dass im gesamten Gesundheitswesen einzig und allein der Krankenhaussektor verbindlich und wirksam nach regionalen Gesichtspunkten gestaltet und auf der Länder-, d.h. Föderalebene gesteuert wird - besser gesagt bis zur Einführung der DRG-Finanzierung gesteuert wurde.

Nur in diesem auf der Föderalebene gesteuerten und an den Regionalgegebenheiten ausgerichteten Krankenhaussektor ist eine räumlich gleichmäßige und nicht mit der Wirtschaftskraft und den Arbeitsentgelten zu- oder abnehmende Gesundheitsversorgung auch denjenigen Regionalbevölkerungen gesichert, für die wie in den östlichen Landgebieten besonders ungünstige Gesundheitslagen gelten.

Bei einer derartigen Sachlage sind dann überregionale Finanzausgleichszahlungen an Krankenkassen, die für solche wirtschaftsschwachen Regionen zuständig sind, durchaus legitim.

Übersicht 4

Regionale Unterschiede in Krankenhausversorgung und Kasseneinnahmengrundlage 2000

Merkmale Vergleichsräume	Krankenhaus-betten[3] je 10.000 Einwohner Planbetten	Arbeitsentgelt[4] je Beschäftigtem EUR
Ballungsräume in Westdeutschland[1]	66	3.321,--
Landgebiete in Ostdeutschland[2]	67	1.951,--

1) Agglomerationsräume in den alten Bundesländern
2) Ländliche Räume in den neuen Bundesländern
3) Akutkrankenhäuser
4) Lohn- und Gehaltssumme je Industriebeschäftigtem Juni 2000

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

©
ACCADEMIA ED ISTITUTO
PER LA
RICERCA SOCIALE
TENNO
LAGO DI GARDA - ITALIA

7. Regionalunterschiede in Alltagskultur und Lebensstil und die Forderung nach mehr Selbstverantwortung

Zum Schluss müssen vor allem auch die ganz erheblichen regionalen Unterschiede in der Alltagskultur und im Lebensstil zwischen den exportorientierten westdeutschen Dienstleistungszentren und den inlandsorientierten agrarisch-industriellen ostdeutschen Räumen in ihrer Bedeutung erkannt und berücksichtigt werden.

Übersicht 5: Regionale Unterschiede in der Alltagskultur 1997 - 2000

Die westlichen Zentren sind durch anteilsstarke Parallelgesellschaften der Zuwanderer und durch die Singlehaushalte der Angestelltenkultur geprägt. In den östlichen Landgebieten dominieren deutsche Arbeiterfamilien.

Es ist keine Frage, dass die wünschenswerte Abflachung des traditionellen Gesundheitsaufwandes durch eine innovative Gesundheitsversorgung und auch eine erhöhte Eigenverantwortung der Versicherten in den Ballungszentren des Westens gänzlich andere soziokulturelle Voraussetzungen findet und Konzepte erfordert als dies in den östlichen Landgebieten der Fall ist.

8. Regionalisierter Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung als robuste Lösung

Es erscheint angesichts der tiefgreifenden regionalen Unterschiede in Deutschland keinesfalls möglich, die konstitutiven Zielkonflikte der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Bundesebene ins Gleichgewicht zu bringen. Das Auswuchern des Risikostrukturausgleiches ist der beste Beweis dafür, dass dann noch größere Probleme die Folge sind.

Vielmehr spricht alles dafür, die Integration widersprechender Zielvorgaben zunächst auf der regionalen Ebene anzustreben und erst dann ergänzende Ausgleiche zwischen den Regionen vorzunehmen.

Für die Krankenkassen bedeutet dies, dass ihre Betätigungsfelder durchgängig die Länder sind, und dass die Krankenkassen in diesen Märkten dann im Wettbewerb um die bestmöglichen Lösungen stehen. Die von den Krankenkassen nicht beeinflußbaren Unterschiede im Gesundheitsbedarf und in der Wirtschaftskraft zwischen den Ländern dienen als Anhaltspunkte für notwendige länderübergreifende Ausgleichszahlungen.

Wenn dann bei einem derartigen regionalisierten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen die jüngst genannte Zahl von 50 Krankenkassen in Deutschland übrig bleibt, ist dies durchaus sachgerecht. Nicht sachgerecht jedoch ist jede weitere Aufblähung des Risikostrukturausgleiches zur Legitimierung der bestehenden bundesweiten Zentralkassen oder gar einer Konzentration der Krankenkassen auf Bundesebene.

Es sollte nicht vergessen werden, dass auch im Geschäftsbankenbereich mittlerweile wieder recht kräftig ins Regionalgeschäft zurückgerudert wird.

Übersicht 5

Regionale Unterschiede in der Alltagskultur 1997 – 2000

Merkmale Vergleichs-räume	Ausländer Prozent[3]	Singlehaus-halte Prozent[4]	Angestellte Prozent	Auslands-umsatz Prozent[5]
Ballungsräume in Westdeutschland[1]	12,7	38,3	61,0	34,6
Landgebiete in Ostdeutschland[2]	1,7	29,0	48,0	11,9

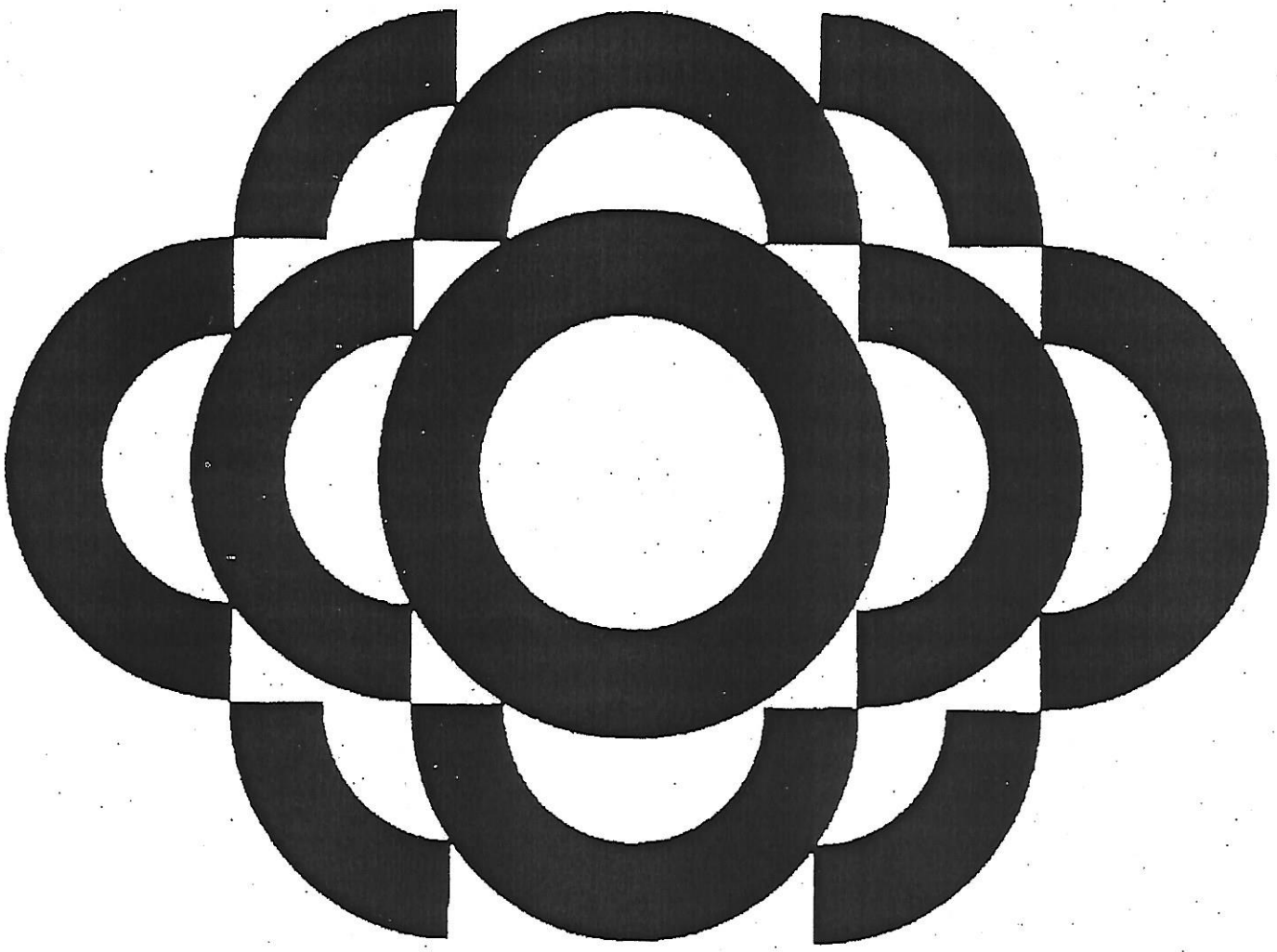
1) Agglomerationsräume in den alten Bundesländern
2) Ländliche Räume in den neuen Bundesländern
3) Ausländer an allen Einwohnern 1999
4) Einpersonenhaushalte an allen Haushalten 1999
5) Auslandsumsatz am Gesamtumsatz im produzierenden Gewerbe 1997 - 1999

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

©
ACCADEMIA ED ISTITUTO
PER LA
RICERCA SOCIALE
TENNO
LAGO DI GARDA - ITALIA

Mit weniger Kassen zu besseren Leistungen?

Anforderungen an eine zukunftsfähige Krankenkassenorganisation



VdK-Forum
Evangelische Akademie
Tutzing
19./20. Februar 2003

SOZIALVERBAND
VdK
BAYERN