

**Zentraler Gesundheitsfonds  
und  
Regionale Pflegeversicherung :  
Können Zentralisierung und Konzentration der  
Krankenversicherung  
durch Regionalisierung der Pflegeversicherung  
ausgeglichen werden?**



(Foto: Armin Strauch)

Professor (Gast) Albrecht **Goeschel**  
Staatliche Universität Rostov  
Technische Hochschule -  
University of Applied Sciences  
Giessen-Friedberg  
Universität Vechta  
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale  
Tenno a. Gardasee

Marquartstein, April 2011

**Herausgeber:**

Prof. (Gast) Albrecht **Goeschel**  
Staatliche Universität Rostov  
Technische Hochschule –  
University of Applied Sciences  
Giessen-Friedberg  
Universität Vechta  
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale  
Tenno a. Gardasee

Anschrift Deutschland:  
83250 Marquartstein  
Staudacher Straße 14

Tel.: 08641/7130  
Fax: 08641/63242  
Mail: [mail@studiengruppe.com](mailto:mail@studiengruppe.com)

**Gestaltung:**

Katharina Walter

Inhalt	Seite
<b>Vorbemerkung</b>	<b>4</b>
<b>I.</b>	
<b>Einführung</b>	<b>6</b>
I.1. Gesundheitsfonds kassiert alle Regionen einheitlich ab, finanziert aber die gut ausgestatteten Regionen bevorzugt	6
I.2. Einheitsbeitrag ist eine Kranken-Steuer	8
I.3. Einheitsbeitrag und Grundpauschale sind mit der Verfassungsordnung nicht vereinbar	10
I.4. Geringfügigbeschäftigung und Zusatzbeiträge: „Verdeckte Kopfpauschale“ und „Kleine Kopfpauschale“	11
I.5. Pflegeversicherung und Pflegeversicherung als Korrekturfaktor	12
<b>II.</b>	<b>12</b>
II.1. Verstärkung regionaler Disparitäten durch den Gesundheitsfonds als Untersuchungsanliegen	12
II.2. Zulässigkeit der Frage nach den Raumwirkungen des Gesundheitsfonds	14
II.3. Erforderlichkeit der Frage nach den Raumwirkungen des Gesundheitsfonds	17
II.4. Räumliche Ebene der Wirkungsbetrachtung des Gesundheitsfonds	19
II.5. Art der Raumwirkungen des Gesundheitsfonds	22
II.6. Datenbasis für die Abbildung der Raumwirkungen des Gesundheitsfonds	25
II.7. Metabetrachtung zu den Raumwirkungen des Gesundheitsfonds	26
II.8. Methodische Aspekte der Feststellung der Raumwirkungen von Sozialfinanzströmen	27
<b>III.</b>	<b>27</b>
III.1. Gesundheitsfonds, Bundesstaat und Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse	27
III.2. Raumordnungswidrigkeit, Krankensteuer und Gesundheitsarmut	30
III.2.1. Beziehungen von Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung	31
III.2.2. Beitragssatzdominanz, Leistungsmanipulierbarkeit und Krankensteuer	31
III.3. Finanzzentralisierung und Regionaldisparitäten	38
III.4. Gesundheitsinfrastruktur als Risikoindikator für „Gesundheitsarmut“	43
III.4.1. Arztpraxen als Faktoren für Rückflüsse	44
III.4.1.1. Arztgruppen nach Einkommen und Ausstattungsdichte	44
III.4.1.2. Arztgruppen nach Bestandsentwicklung	44
III.4.1.3. Arztgruppen nach Substitutionsrisiko	47
III.4.2. Krankenhäuser als Faktoren für Rückflüsse	51
III.4.2.1. Krankenhausgruppe nach Fallkosten und Ausstattungsdichte	51
III.4.2.2. Krankenhäuser nach Bestandsentwicklung	51
III.4.2.3. Krankenhäuser nach Substitutionsrisiko	54
III.5. Beschäftigungsstruktur als Risikoindikator für „Gesundheitsarmut“	57
III.5.1. Arbeitnehmerentgelte und Beschäftigungshäufigkeit als Faktor für Abflüsse	57
III.5.2. Langzeitarbeitslosigkeit und Geringfügigarbeit als Faktor für Zuflüsse	59
III.5.3. Soziale und regionale Disparitäten durch Krankenkassen-Strukturpolitik	63
<b>IV.</b>	<b>68</b>
IV.1. Krankenhaus-Investitionsstopp und Krankenhaus-Pauschalfinanzierung verschärfen die Disparitäten im Ruhrgebiet	68
IV.2. Regionale Armut durch den Gesundheitsfonds – Pflegeversicherung als Ausgleich?	70

## Vorbemerkung

Die aktuelle Diskussion über die Pflegeversicherung und Pflegeversorgung benennt und erörtert wesentliche Sachverhalte und Zusammenhänge nicht. So bleibt bisher undiskutiert, dass die Pflegeversicherung und Pflegeversorgung benutzt wird, um den zentralen Gesundheitsfonds und die kommerzialisierte Gesundheitswirtschaft von hohen Kosten und unergiebigem Leistungen zu entlasten.

Undiskutiert bleibt, dass sich insbesondere die Krankenhausunternehmen durch massiven Abbau von Pflegeleistungen und deren Verlagerung auf die Pflegeversorgung noch bessere Gewinnaussichten sichern. Gleiches gilt für die Krankenkassenkonzerne, die ihre Beitragseinnahmen durch die Zunahme der Pflegebeschäftigten erhöhen und ihre Leistungsausgaben durch Verlagerung der Pflegeversorgung in die Pflegeversicherung verringern.

Zu bedenken ist, dass die Pflegeversicherung grundsätzlich nur Festbeträge zu den unterschiedlichen Pflegeleistungen übernimmt und, gleichzeitig durch die demografische Entwicklung immer mehr Menschen in die Zuständigkeit der Pflegeversicherung geraten. Dies beinhaltet das Risiko, dass die Pflegeversicherung zu einer Art Gesundheitsminimalversorgung wird. Die Krankenversicherung hingegen wird zum Finanzierungsträger einer lukrativen High-Tech-, Prestige- und Businessmedizin. Die Pflegeversicherung wird die „Bad Bank“ der Gesundheitsversorgung.

Die aktuelle Diskussion über die Pflegeversicherung und Pflegeversorgung unterschlägt gleichzeitig wesentliche Gestaltungschancen in diesem Bereich. So wird die Pflegeversorgung im Pflegeversicherungsgesetz ausdrücklich als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ benannt (§ 8 Abs. 1 SGB XI). Demgegenüber wird die Gesundheitserhaltung-, wiederherstellung oder -besserung im Krankenversicherungsgesetz nur als Aufgabe der Krankenversicherung und der Versicherten benannt (§ 1 SGB V).

Insbesondere gelten für die Pflegeversicherung die Grundsätze der Ortsnähe und der Regionalgliederung (§ 8 Abs. 2 SGB XI). Diese Begriffe sind in der Krankenversicherung mittlerweile Fremdwörter.

Für die Pflegeversicherung gelten außerdem die Grundsätze einer Lebenslagenorientierung (§ 1 Abs. 4a SGB XI) und ein ausgabenbezogener Finanzausgleich (§ 66 Abs. 1 SGB XI) während in der Krankenversicherung „Wettbewerb“ dominiert.

Die Pflegeversicherung könnte bei Verselbstständigung gegenüber der Krankenversicherung, bei Vollfinanzierung und unter Ausnutzung des demografischen Wandels die Grundlage für eine regionalisierte, finanzausgeglichene und soziale demografiegerechte Gesundheitsversorgung werden.

Zuletzt übersieht die aktuelle Diskussion die Regionalwirkungen der Pflegeversicherung und Pflegeversorgung: So beinhaltet die unbestreitbare demografische Entwicklung mit ihrem wachsenden Pflegebedarf im Zusammenspiel mit der anhaltenden Abdrängung der Pflegeaufgaben aus der Krankenversicherung und Krankenbehandlung eine stetige Bedeutungszunahme der Pflegeversicherung und Pflegeversorgung innerhalb der gesamten Gesundheitsversorgung. Damit stellt sich die Frage nach der Regionalinzidenz auch für die Pflegeversicherung. Für die Krankenversicherung wird diese Frage seit den 1980er Jahren diskutiert.

Hinsichtlich der Entzugswirkungen der Beitragsabflüsse aus den Regionalwirtschaften besteht dabei wegen der in beiden Versicherungen geltenden Einheitsbeiträge kein Unterschied zwischen der Pflege- und der Krankenversicherung.

Hinsichtlich der Zuführungswirkungen der Leistungsausgabenzuflüsse der Pflegeversicherung in die Regionalwirtschaften gibt es jedoch deutliche Unterschiede zur Krankenversicherung: Insgesamt liegt das Niveau der Ausstattung mit Kassenarztpraxen und Krankenhauseinrichtungen in den alten Bundesländern, vor allem im Westen und Süden über derjenige in den neuen Bundesländern. Es fließen demnach mehr Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds in den Westen und Süden als in den Norden und vor allem in den Osten.

Gleichzeitig leisten aber die alten Bundesländer trotz des höheren Arbeitsentgeltniveaus aber wegen des sehr hohen Anteils beitragsfreier Minijobs an allen Beschäftigungsverhältnissen nur eingeschränkt höhere Zahlungen zum Gesundheitsfonds. Wegen des gleichzeitig hohen Rentenniveaus im Osten scheint der Gesundheitsfonds demnach vergleichsweise ausgewogen von den alten und neuen Bundesländern finanziert zu werden. Deswegen bedeutet die Höherausstattung des Westens und Südens mit Gesundheitsinfrastrukturen auch eine

regionalwirtschaftliche Begünstigung der alten Bundesländer bei der Krankenversicherung.

Anders stellt sich die Lage in der Pflegeversicherung dar: Gemessen an der Ausstattung mit ambulanten Pflegediensten und insbesondere an der Häufigkeit der Zahlungen von Pflegegeld fließen in der Pflegeversicherung mit hoher Wahrscheinlichkeit überproportional Finanzmittel in die neuen Bundesländer. Die Pflegeversicherung spielt demnach in den neuen Bundesländern ähnlich wie die Rentenversicherung eine positive regionalwirtschaftliche Rolle.

Allerdings wird die insgesamt eher positive Regionalinzidenz der Pflegeversicherung durch die Reduzierung der Leistungen der Pflegeversicherung lediglich auf Festbeträge ins Gegenteil verkehrt: Offenbar sind immer weniger Pflegebedürftige finanziell in der Lage, die Differenz zwischen den tatsächlichen Pflegekosten und den Pflegeversicherungszuschüssen zu diesen Kosten aus eigenen Mitteln zu bezahlen: Sie benötigen Sozialhilfe. Seit 1998 sind die Sozialhilfeausgaben für Pflege bspw. in den NRW-Großstädten und im Ruhrgebiet regelrecht explodiert. Dies beinhaltet eine ausgeprägte negative Regionalinzidenz der Pflegeversicherung in ihrer gegenwärtigen Finanzierung zu Lasten der Großstadtballungsräume. Eine Vollfinanzierung der Pflegeversicherung muss daher auch ein Anliegen der Regional- und Kommunalpolitik sein.

Im nachfolgenden Text werden die raumordnungspolitisch-regionalwirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung erläutert.

## I. Einführung

### I.1. Gesundheitsfonds kassiert alle Regionen einheitlich ab, finanziert aber die gut ausgestatteten Regionen bevorzugt

In der Fachdiskussion besteht Übereinstimmung, dass bei einem überregionalen Einheitsbeitrag, wie ihn der Allgemeine Beitragssatz des Gesundheitsfonds (§ 241 SGB V) darstellt, eine regionale Mischkalkulation stattfindet.

Bei dieser Mischkalkulation subventionieren die Krankenkassenmitglieder, die in Regionen mit schwächerer Gesundheitswirtschaft, niedrigeren Gesundheitsausgaben oder auch höheren Grundlöhnen leben die Krankenkassenmitglieder, die in Regionen mit starker Gesundheitswirtschaft, höheren Gesundheitsausgaben oder auch niedrigeren Grundlöhnen wohnen. Hierin stimmen die aktuellen Gutachten von Augurtzki et al., Göppfarth und Rürup/Wille zu den Auswirkungen des Gesundheitsfonds für die Länder überein: **Über den Einheitsbeitrag subventioniert der Gesundheitsfonds Kassenmitglieder in besser versorgten Gebieten auf Kosten der Kassenmitglieder in schlechter versorgten Gebieten.**

Wenn man danach fragt, welche regionalwirtschaftlichen Folgen der Gesundheitsfonds mit seinem beeindruckenden Volumen von bald 170 Milliarden EUR haben wird, stimmt die Antwort nicht froh: Zwar kassiert der Gesundheitsfonds über den einheitlichen Allgemeinen Beitragssatz alle Regionen, unabhängig davon, ob sie eine starke Wertschöpfung und hohe Arbeitnehmerentgelte oder eine schwache Wertschöpfung und niedrige Arbeitnehmerentgelte haben sozusagen „ohne Gnade“ ab.

Ob und wie viel aber von den abgeschöpften Beitragsmilliarden dann in die verschiedenen Regionen auch tatsächlich wieder zurückfließt, hängt vor allem davon ab, ob und wie viele Leistungserbringer, vor allem Kassenärzte und Krankenhäuser in den jeweiligen Regionen überhaupt vorhanden sind. Nur Regionen, die zumindest eine durchschnittliche Arztpraxen- und Krankenhausausstattung haben, bekommen in etwa das auch wieder an Leistungsumsätzen zurück, was ihnen zuvor an Beitragsabgaben entzogen worden ist.

Diejenigen Regionen in Deutschland, die eine besondere dünne Ausstattung mit Arztpraxen haben wie die neuen Bundesländer oder auch Nordostbayern werden trotz proportionaler Einzahlungen in den Gesundheitsfonds nur unterproportionale Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds zurückerhalten: Wo keine Leistungsabrechner sind können auch keine Leistungen abgerechnet werden.

Fatal dabei ist, dass die bspw. nur dünn mit Ärzten ausgestatteten Regionen meist auch Regionen sind, die wirtschaftlich auf schwachen Füßen stehen. Sie werden durch den Gesundheitsfonds noch weiter in die Verliererposition getrieben. In diesen Regionen wird sich durch den Gesundheitsfonds das Problem „**Gesundheitsarmut**“ stellen.

## **I.2. Einheitsbeitrag ist eine Kranken-Steuer**

Der neue Einheitsbeitragssatz wird zentral vorgegeben und ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Grundlohniveaus, unterschiedlichen Gesundheitsinfrastrukturen und unterschiedlichen Morbiditäten aus den Regionen abgezogen und im zentralen Sondervermögen Gesundheitsfonds (§ 217 SGB V) zusammengefasst. Der Einheitsbeitragssatz wird durch die Bundesregierung als Allgemeiner Beitragssatz festgelegt (§ 241 SGB V).

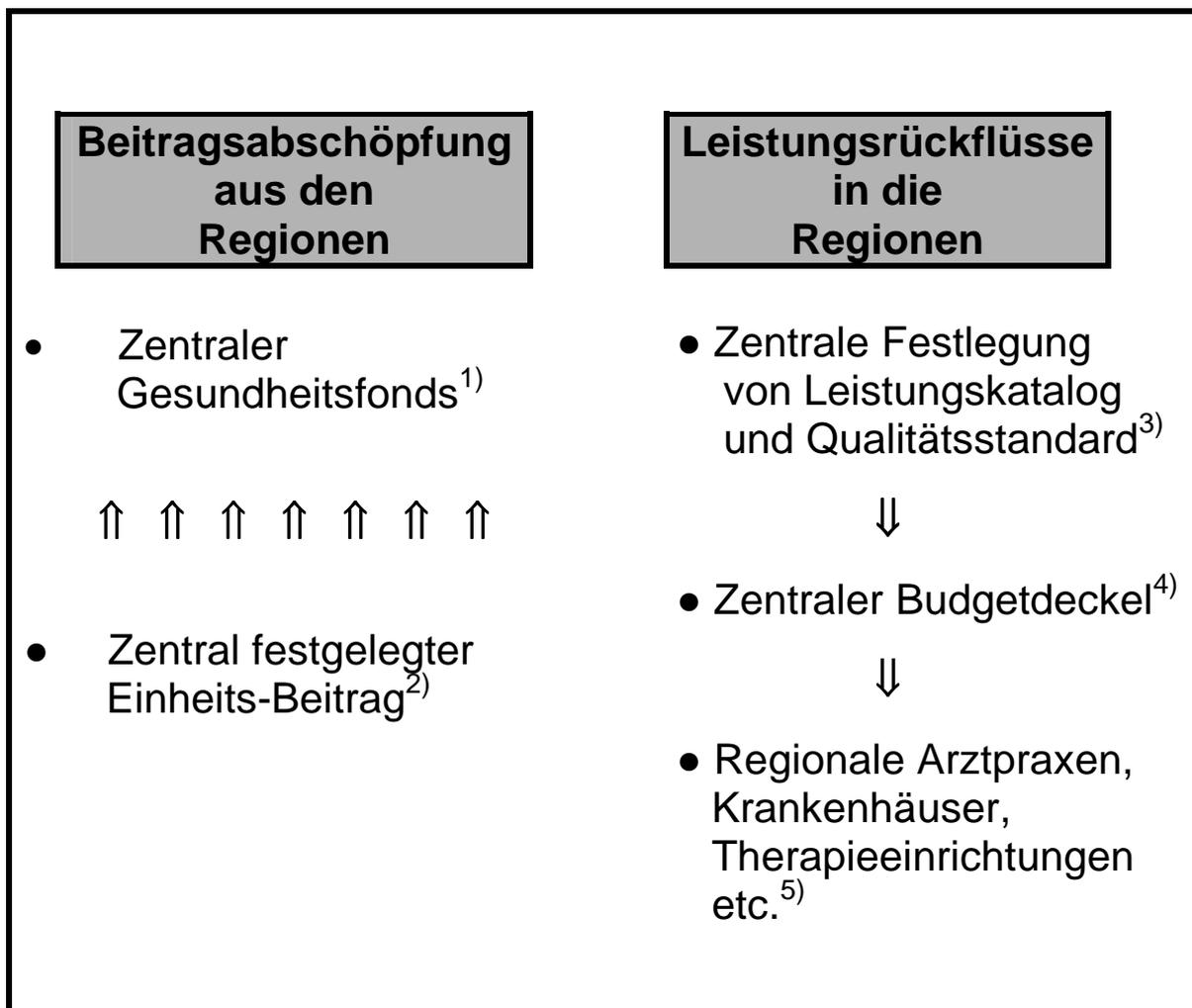
Die Rückverteilung der Finanzmittel erfolgt davon getrennt durch die zentral vorgegebene Grundpauschale sowie Zu- und Abschläge als Zuweisungen je Versicherten (§ 266 SGB V). Durch diese Art der Rückverteilung wird nach einheitlicher Bewertung in der Fachwelt für alle Krankenkassen, auch die ausschließlich regionalzuständigen Krankenkassen eine bundesweite Mischkalkulation bewirkt, wie sie vormals nur die Ersatzkassen hatten. Bei dieser Mischkalkulation zahlen Mitglieder in einkommensstärkeren, ausgabengünstigeren und/oder gesundheitswirtschaftlich schwächer ausgestatteten Regionen für Mitglieder in Regionen mit einer stärkeren Gesundheitswirtschaft, mit höheren Ausgaben und/oder mit niedrigeren Einkommen (Vgl. hierzu die Gutachten von Augurtzki, Göppfarth, Rürup/Wille).

Zusätzlich wird das, was dann von den aus den Regionen abgeflossenen Beiträgen an Leistungsausgaben in die Regionen tatsächlich zurückfließt vielfältig durch die Gesundheitspolitik manipuliert. Hier spielen insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss (§ 91 SGB V) und der zentrale Budgetdeckel (§ 71 SGB V) die wesentliche Rolle.

Im Gesundheitswesen ist sowohl für die Beitragsaufbringung wie für die Leistungsverausgabung und damit für den Beitragsbedarf die **Regionalebene** entscheidend. Durch die beschriebene Zentralisierung sowohl der Beitragsabschöpfung wie die Leistungsrückflüsse ist das typische Merkmal von Beiträgen, der enge sachliche und räumliche Konnex von Leistung und Abgabe eliminiert. Verfassungsrechtler und

Übersicht

## Finanzströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem 1. Januar 2009



<sup>1)</sup> Gesundheitsfonds gemäß § 271 SGB V

<sup>2)</sup> Allgemeiner Beitragssatz gemäß § 241 Abs. 1 SGB V

<sup>3)</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

<sup>4)</sup> Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V

<sup>5)</sup> Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern gemäß §§ 69-140 h SGB V

Gesundheitsökonomien sprechen daher von einer „**Kranken-Steuer**“ (vgl. Hufen, Kirchhof, Knappe) mit dem Charakter einer Verbrauchssteuer.

### **I.3. Einheitsbeitrag und Grundpauschale sind mit der Verfassungsordnung nicht zu vereinbaren**

Wegen der **Entkoppelung** von Beitragsaufbringung und Leistungsverausgabung auf der im Gesundheitswesen entscheidenden regionalen Ebene durch den zentralen Gesundheitsfonds mit seinem einheitlichen Allgemeinen Beitragssatz und seiner einheitlichen Grundpauschale und insbesondere dem zentralen Budgetdeckel sprechen Verfassungsrechtler und Gesundheitsökonomien davon, dass die Gesundheitsversorgung nunmehr durch eine „Kranken-Steuer“ finanziert wird.

Der Gesundheitsfonds wird bald ein Volumen von etwa 170 Milliarden EUR umfassen. Er entspricht damit in der Größenordnung der anderen großen Verbrauchssteuer, d.h. der Umsatzsteuer mit einem Volumen von etwa 180 Milliarden EUR. Schon von der Größenordnung her, aber vor allem auch wegen der daseinsvorsorgestaatlichen Begründung der „Kranken-Steuer“ sollte diese mit der „Umsatzsteuer“ näher verglichen werden.

Maßgabe für die Ausgestaltung des Abgabensystems in Deutschland ist Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz. Danach ist die Bundesrepublik Deutschland als demokratischer und sozialer **Bundesstaat** verfasst. Eine länderräumliche föderale Gliederung der Bundesrepublik Deutschland ist damit Verfassungsgrundsatz.

Konform mit diesem Verfassungsgrundsatz erfolgt die Rückverteilung der nach einem einheitlichen Abgabensatz von derzeit 19 Prozent erhobene Umsatzsteuer gesetzlich geregelt u.a. zwischen Bund, Ländern und Gemeinden. Nicht konform mit dem Verfassungsgrundsatz der Bundesstaatlichkeit erfolgt hingegen die Rückverteilung der nach einem einheitlichen Abgabensatz von anfänglich 15,5 Prozent erhobenen **Kranken-Steuer**. Die wesentlichen Rückverteilungsbefugnisse wie etwa die Grundpauschalenfestlegung bleiben allein in der Hand des Bundes. Die Rückflussempfänger sind nicht die autonomen Länder oder Gemeinden, sondern Kassenkörperschaften, die lediglich der mittelbaren Staatsverwaltung zuzuzählen sind und bereits jetzt mitglieder-mehrheitlich der Bundesaufsicht unterstehen und im Zuge der vom Bund massiv betriebenen und vehement geforderten länderübergreifenden

Fusionierungen auch bald gänzlich der Bundesaufsicht unterstehen werden.

Insofern verändert der Gesundheitsfonds durch seine zentralistische Konstruktion die **Finanzverfassungsordnung** des demokratischen und sozialen Bundesstaates Deutschland grundlegend.

#### **I.4. Geringfügigbeschäftigung und Zusatzbeiträge: „Verdeckte Kopfpauschale“ und „Kleine Kopfpauschale“**

In der öffentlichen Diskussion wurde hervorgehoben, dass der Gesundheitsfonds eine Verknüpfung von Elementen der Pauschalprämienfinanzierung mit Steuerzuschuss und Anliegen der Bürgerversicherung, insbesondere eine Ausdehnung von Versicherungspflichten und –rechten darstellt. Zentrales Stichwort war dabei die sogenannte „Kopfpauschale“. Deren ordnungspolitische Bedeutung soll hier nicht erörtert werden. Allerdings muss festgehalten werden, dass es eine „Kopfpauschale“ im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung längst gibt. Derzeit sind ca. 7,2 Millionen Beschäftigungsverhältnisse als sogenannte „Geringfügigbeschäftigung“ vereinbart. Für diese entrichtet der Arbeitgeber einen Pauschalbeitrag zur Sozialversicherung und Lohnbesteuerung. Hiervon sind wiederum 4,9 Millionen geringfügige Beschäftigungsverhältnisse, die nicht mit einer weiteren beitragspflichtigen Beschäftigung gleichzeitig ausgeübt werden. In diesen Fällen würden überhaupt keine Beiträge zur Krankenversicherung erhoben.

Soweit es die mittlerweile unbegrenzten Zusatzbeiträge für Mitglieder solcher Gesetzlichen Krankenkassen betrifft, die ihren Leistungsbedarf nicht vollständig aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds decken können stellen diese Zusatzbeiträge sozusagen kassenspezifische „Kopfpauschalen“ dar. Im hier diskutierten Zusammenhang interessiert die Frage wie die „Verdeckte“ Kopfpauschale bei Geringfügigbeschäftigung bzw. die „kleine“ Kopfpauschale bei Zusatzbeitragserhebung regionalwirtschaftlich wirkt. Aufgrund der Datenlage kann dies derzeit nur für die mit Teilen der Geringfügigbeschäftigung verbundene Kopfpauschale festgestellt werden. Allgemein gilt, dass sich die Geringfügigbeschäftigung vorrangig auf die alten, d.h. westlichen Bundesländer und dort vor allem auf Teile von Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein konzentriert.

Die spezifische regionalwirtschaftliche Wirkung der „Verdeckten Kopfpauschale“ bei Geringfügigbeschäftigung liegt darin, dass für die

geringfügig Beschäftigten, wenn überhaupt zwar nur minimale Beträge an die Krankenkassen bzw. den zentralen Gesundheitsfonds abgeführt werden, die Beschäftigten aber nicht im gleichen Maße weniger Leistungen benötigen. Da die höheren Dichten von Geringfügigbeschäftigung in den alten, d.h. westlichen Bundesländern mit entsprechend weniger Beitragszahlungen aus diesen Bundesländern an den Gesundheitsfonds, aber mit mindestens gleichen Leistungsausgaben aus dem Gesundheitsfonds über die jeweiligen Krankenkassen verbunden sind kommt es zu einer Umverteilung der Krankenkassenmittel in die alten, d.h. westlichen Bundesländer mit den erwähnten regionalen Schwerpunkten. In Verbindung mit den in den alten, d.h. westlichen Bundesländern höheren Ausstattungen vor allem mit Arztpraxen werden diesen überproportionale Mittel aus dem Gesundheitsfonds zugeführt.

Abschließende Aussagen zu den Regionaleffekten des Gesundheitsfonds müssen auch noch die sonstigen Strukturen, das Niveau und die Regionalverteilung der Gesundheitsinfrastruktur als Leistungsbasis im Zusammenhang beurteilen.

### **I.5. Pflegeversicherung und Pflegeversorgung als Korrekturfaktor**

Die als „bad bank“ für die Gesetzliche Krankenversicherung und als „work bank“ für die Business-, High-Tech- und Prestigemedizin gedachte Pflegeversicherung und Pflegewirtschaft konnten gerade in soziodemografischen und gesundheitsökonomischen unattraktiven Regionen durchaus zu einem wichtigen regionalwirtschaftlichen Ausgleichsfaktor werden.

## **II. Räumliche Auswirkungen der Gesundheitsfonds: Grundsätze und Erforschung**

### **II.1. Verstärkung regionaler Disparitäten durch den Gesundheitsfonds als Untersuchungsanliegen**

Nachfolgend wird der Frage nachgegangen, ob die mit der letzten Gesundheitsreform, d.h. dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 verbundene Veränderung der Eigenschaft, Fließrichtung und Wirkungsweise der Finanzströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht gewollt oder ungewollt zu einer Verstärkung, Verfestigung oder Schaffung von regionaler Armut beiträgt. Konkret wird gefragt, ob und ggf. inwieweit der neu geschaffene Gesundheitsfonds die Unterschiede in der Wirtschaftslage zwischen den Teilräumen Deutschlands, die sogenannten „Regionalen Disparitäten“ verschärft.

Diese Fragestellung wird folgerichtig aus der gemeinsamen sozialstaatlichen Aufgabenstellung der Ermöglichung und Gewährleistung einer „freien Entfaltung der Persönlichkeit“ sowohl für die Sozialsicherung wie für die Raumordnung abgeleitet.

Beantwortet wird die Frage, ob und ggf. inwieweit die sozial- und gesundheitspolitische Neuerung „Gesundheitsfonds“ mit den raumordnungspolitischen Zielsetzungen und Erfordernissen kompatibel ist oder konfligiert, damit dass untersucht wird, welche regionalen Rückflüsse von Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung der gleichzeitigen zentralen Abschöpfung von Beitragsaufwendungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung gegenüberstehen. Dabei wird allgemein und zunächst davon ausgegangen, dass zwar für alle Regionen bzw. deren Beitragszahler ein einheitlicher Beitragssatz für die Beitragsabschöpfung besteht, dass gleichzeitig aber in den verschiedenen Regionen höchst uneinheitliche Voraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung von Leistungsausgaben bestehen. Dies gilt nicht nur für die sehr unterschiedliche Ausstattung der verschiedenen Regionen mit Arztpraxen, Krankenhäusern, Therapieeinrichtungen etc. sondern darüber hinaus auch für die regional und sektoral unterschiedlichen Entgeltvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern.

So werden zwar auch von Wertschöpfung und Arbeitsentgelten her schwache Regionen regelmäßig durch einheitliche Beiträge proportional zu Volumen, Struktur und Niveau ihrer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung abgeschöpft, gleichzeitig aber keineswegs regelmäßig proportional zu ihrer Ausstattung mit Leistungsanbietern des Gesundheitswesens oder gar ihren sozialepidemiologischen Profilen und Aufkommen an behandelter Morbidität und Leistungsentgelten versorgt.<sup>1</sup>

Grundsätzlich ist es möglich, für die regionale Ebene in Deutschland die einheitlich proportionale Beitragsabschöpfung der krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung einerseits und die uneinheitliche disproportionale Leistungsentgeltzahlungen an die Leistungserbringer<sup>2</sup> andererseits festzustellen und für die jeweiligen

<sup>1</sup> Es wäre zwar denkbar, dass nicht nur in Ausnahmefällen, sondern regelmäßig mit einer schwachen Ausstattung mit Arztpraxen, Krankenhäusern etc. in einer Region eine starke Erkrankungslast bei der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung solcher Regionen für eine überproportionale Ausweitung der Leistungsausgaben in solchen Regionen sorgt. Dagegen sprechen aber die Fachgebietzusammensetzung, Altersstruktur, d.h. Leistungsreserven insbesondere der dortigen Arztpraxen. Zudem ist gerade die Art, Menge und Zusatzzahlungsbelastung von konkreten Gesundheitsleistungen vielfältigsten „dämpfenden“ Einflüssen der Beitragssatz-Stabilitätspolitik, der kasseninternen Leistungsgestaltung etc. ausgesetzt.

<sup>2</sup> Hinzu kommen noch Geldleistungen an die Versicherten wie bspw. Krankengeldzahlungen.

Regionen zu ermitteln, ob sie per Saldo „Zahler“ oder „Empfänger“ innerhalb der Finanzströme des Gesundheitsfonds sind.<sup>3</sup>

Tatsächlich sind derartige Berechnungen aber vor allem wegen der erforderlichen Teilnahme bzw. Datenüberlassungsbereitschaft einer großen Zahl von Beteiligten aufwändig und zeitraubend. Ein schrittweises Vorgehen und ggf. die Beschränkung auf Modellrechnungen bzw. Modellregionen empfiehlt sich daher.<sup>4</sup> Vor diesem Hintergrund sollte sich zunächst die Frage nach der räumlichen Verteilung solcher Regionen gestellt werden, die gemessen an der Wertschöpfung und den Arbeitnehmerentgelten als vergleichsweise wirtschaftlich schwächere Regionen zu identifizieren sind. Des Weiteren empfiehlt sich die Frage nach der räumlichen Verteilung solcher Regionen, die gemessen an Kassenarztdichte und Krankenhausbettendichte als vergleichsweise gesundheitswirtschaftlich schwächere Regionen zu identifizieren sind.

Bei einem räumlichen Zusammenfallen von zunächst so definierter Wirtschaftsschwäche und zunächst so definierter Gesundheitswirtschaftsschwäche kann allein schon wegen des Volumens der gesundheitswirtschaftlichen Leistungsanbieterumsätze, Beschäftigtenzahlen etc. eine Verschärfung der festgestellten Disparitäten angenommen werden. Ursache ist die einheitliche proportionale und durchgängige Beitragsabschöpfung und die uneinheitliche und unterproportionale sowie unterbrechungsanfällige Möglichkeit für Leistungsentgeltrückflüsse. Der Maßstab für die Proportionen ist dabei jeweils die Einwohnerzahl. Zusätzlich sind dann auch noch die Strukturen und Niveaus der unterschiedlichen beitragspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse zu berücksichtigen

## **II.2. Zulässigkeit der Frage nach den Raumwirkungen des Gesundheitsfonds**

Zum Gesundheitsfonds liegen vier Gutachten vor, die sich ausdrücklich mit den „Auswirkungen“ des Gesundheitsfonds auf alle Bundesländer oder in einzelnen Bundesländern befassen.<sup>5</sup> Zusätzlich liegen noch drei

<sup>3</sup> Untersuchungen in dieser Richtung empfehlen Neubauer, G. und Pfister, F. in ihrer Analyse der finanziellen Auswirkungen des allgemeinen Beitragssatzes in Bayern. - Vgl. Neubauer, G.; Pfister, F.: Der Gesundheitsfonds: Finanzielle Auswirkungen des allgemeinen Beitragssatzes in Bayern. Hrsg.: Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V., München 2008, S. 15

<sup>4</sup> Vgl. hierzu auch Neubauer, G.; Pfister, F.: A.a.O. S. 15

<sup>5</sup> Vgl. Augurtzky et al.: Finanzielle Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds auf die Bundesländer. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen 2006; Drabinski, Thomas: Ökonomische Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die Bundesländer. Institut für Mikrodatenanalyse, Kiel Dezember 2006; Rürup, Bert; Wille, Eberhard: Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer, Darmstadt und Mannheim Januar 2007 sowie

Fachaufsätze zu den regionalen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds vor. Auch bei diesen geht es, soweit sie empirische Fragestellungen verfolgen, um die Länderebene.<sup>6</sup>

Die Mehrzahl der vorliegenden Gutachten lässt die Frage der „Zulässigkeit“ von Untersuchungen zu den Raumauswirkungen des Gesundheitsfonds bzw. von Monetär- und Realtransferströmen der Sozialsicherung unerörtert. Geradezu vehement greifen lediglich Rürup und Wille dieses Thema auf und dekretieren: „Das Regionalprinzip ist dem Sozialversicherungsrecht fremd“.<sup>7</sup> Rürup und Wille iterieren in ihrem Gutachten immer wieder „mit Nachdruck“<sup>8</sup>, der „regionale Denkansatz“ in der Sozialversicherung sei „verfehlt“<sup>9</sup>, ja sogar „abwegig“.<sup>10</sup> Eine auch nur in Ansätzen ausgearbeitete Begründung für die geradezu hochehrregte Darbietung ihrer „in ordnungspolitischer Hinsicht“<sup>11</sup> vorgetragenen Ablehnung des „regionalen Denkansatzes“ in der Sozialversicherung bleiben Rürup und Wille schuldig. Sie verweisen lediglich auf das „Sozialversicherungsrecht im Allgemeinen“ und das „Prinzip der GKV im Besonderen“.<sup>12</sup>

Diese mehr als dürftige Begründung für eine fundamentale Ablehnung und Unzulässigkeitserklärung der Untersuchung und Erarbeitung der Raumwirkungen des Gesundheitsfonds und der Krankenversicherung erstaunt aus mehreren Gründen: Zunächst sollte den beiden Gegnern einer Regionalbetrachtung der Krankenversicherungsfinanzen nicht entgangen sein, dass es schon seit Jahrzehnten eine Begutachtung der räumlichen Voraussetzungen und Auswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt.<sup>13</sup> Dieser „regionale Denkansatz“ wird auch

---

Neubauer, G., Pfister, F.: Der Gesundheitsfonds: Finanzielle Auswirkungen des allgemeinen Beitragssatzes in Bayern. Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V., München 2008

<sup>6</sup> Vgl. Göppfart, Dirk: Regionale Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Band 60, Heft 11-12, S. 14-20; Göppfart, Dirk: Gesundheitsfonds und Regionaldebatte II: Empirie. In: Göppfart et al. (Hrsg.): Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds, St. Augustin 2007, S. 163-194 sowie Wasem et al.: Gesundheitsfonds und Regionaldebatte I: Ordnungspolitischer Rahmen. In: Göppfart et al. (Hrsg.): A.a.O., S. 139-194

<sup>7</sup> Vgl. Rürup, Bert; Wille, Eberhard: A.a.O., S. 4 und 46

<sup>8</sup> Vgl. ebda., S. 11 und 46

<sup>9</sup> Vgl. ebda., S. 4, 9, 11 und 46

<sup>10</sup> Vgl. ebda., S. 11, 18 und 46

<sup>11</sup> Vgl. ebda., S. 18

<sup>12</sup> Vgl. ebda., S. 47

<sup>13</sup> Vgl. Goeschel et al.: Krankenkassenstruktur und Regionaldisparitäten: Voruntersuchungen auf der Ebene von Kassengruppen, Bundesländern und Finanzübertragungen. Gutachten im Auftrag der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung. (Hrsg.): Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1988; derss. Benachteiligung der Freien und Hansestadt Hamburg durch die derzeitige Krankenkassengliederung: Dargestellt am Beispiel der Rentnerkrankenversicherung. Gutachten im Auftrag der AOK Hamburg. (Hrsg.): Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1989; Goeschel, Albrecht: Probleme der Risikostrukturdebatte und Konzepte für regionalorientierte und sektoralorientierte Risikoindikatoren. Gutachten im Auftrag des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen. (Hrsg.): Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1989 sowie Henke/Leber: GKV-interne Finanzströme zwischen

bei der Begutachtung der Voraussetzungen und Auswirkungen der übrigen Systeme der Sozialen Sicherung<sup>14</sup> einschließlich Arbeitslosengeld II, Sozialgeld und Sozialhilfe<sup>15</sup> verfolgt.

Wenn Rürup und Wille schon auf die seit zwei Jahrzehnten erarbeiteten Gutachten zu den räumlichen Voraussetzungen und Auswirkungen der Sozialfinanzströme mangels Neigung oder Kenntnis keinen Bezug nehmen, dann wäre angesichts ihrer kategorischen Verdammung des „regionalen Denkansatzes“ zumindest eine Bezugnahme auf die mehrfachen Äußerungen der Enquete-Kommission Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung<sup>16</sup> und des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu den Voraussetzungen und Auswirkungen einer Regionalisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung<sup>17</sup> zu erwarten gewesen.

Die von Rürup und Wille in der Bewertung des „regionalen Denkansatzes“ eingenommene dogmatische, d.h. vorsichtig formuliert empiriearme Pose erstaunt zuletzt auch durch ihren Hoheitsanspruch gegenüber einem Wissenschaftsfach, in dem Rürup und Wille bisher nicht durch Beiträge aufgefallen sind: Gemeint sind die Raumforschung und Regionalwissenschaft, aber auch die regionale Arbeitsmarktforschung.

In diesen Fachgebieten wurden seit der ersten Hälfte der neunzehnhundertachtziger Jahre eine Fülle von Fachbeiträgen zum Wechselverhältnis von Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung veröffentlicht,<sup>18</sup> die genug Stoff für eine sachbezogene wissenschaftliche Auseinandersetzung geboten hätten.

---

den Bundesländern: Zur Lage Niedersachsens unter Berücksichtigung möglicher Reformen der Kassenstruktur. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei, Bonn/Hannover 1989.

<sup>14</sup> Vgl. Bloss, Kerstin: Die Bedeutung der Ausgaben und Einnahmen der Sozialsicherungssysteme für die Regionen in Deutschland. (Hrsg.): Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, IAB-Forschungsbericht Nürnberg 8/2006 sowie Blum, Ulrich: The regional incidence of the social pension insurance budget in the federal republic of germany. Diskussionspapier Nr. 5 Universität Karlsruhe 1984.

<sup>15</sup> Vgl. Martens, Rudolf: Kinder und Hartz IV – Eine erste Bilanz der Auswirkungen des SGB II. (Hrsg.): Der Paritätische Wohlfahrtsverband Berlin August 2005 und ders.: Gutachten zur Überprüfung der Höhe des Münchner Sozialhilferegelsatzes, (Hrsg.): Paritätische Forschungsstelle Berlin, November 2008.

<sup>16</sup> Vgl. Enquete-Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Deutscher Bundestag, Drucksache 11/6380, Bonn 12.02.1990, S. 207-210

<sup>17</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, S. 119-120 und ders. (Hrsg.): Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, S. 165-169

<sup>18</sup> Vgl. erstmals Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Krankenversicherung und Gesundheitswesen. In: Raumforschung und Raumordnung, Köln, Jhg. 42, Heft 1/1984, S. 1-12, ders.: Die Bedeutung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung für die Regionalwirtschaft. In: Informationen zur Raumentwicklung. (Hrsg.): Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Bonn, Heft

Schwer nachvollziehbar ist das von Rürup und Wille ausgesprochene Verdikt gegen eine Untersuchung und Bewertung vor allem der räumlichen Wirkungen von Änderungen der Sozialfinanzströme in der Gesetzliche Krankenversicherung zuletzt deshalb, weil es ja gerade solche „Neben“-Wirkungen sind, mit denen die von Rürup und Wille vertretene Denkrichtung in der Debatte um die Reformen der Sozialsicherung, insbesondere der Krankenversicherung<sup>19</sup> noch die fragwürdigsten Reformen begründet: Die von steigenden Krankenkassenbeiträgen unter den derzeitigen Finanzierungsbedingungen ausgelöste unternehmensseitige Wirkung steigender „Lohnnebenkosten“.

Es kann keinen logischen, nur einen ideologischen Grund dafür geben, räumliche, d.h. auf regionalwirtschaftliche Wirkungen der Krankenversicherung bezogene Untersuchungen als „abwegig“ zu verurteilen, betriebswirtschaftliche Vermutungen zu den unternehmenswirtschaftlichen Wirkungen von „Reformen“ der Krankenversicherung aber zum Maßstab für weitreichende Entscheidungen zu erklären.

### **II.3. Erforderlichkeit der Frage nach den Raumwirkungen des Gesundheitsfonds**

Rürup und Wille geben mit ihrer Verdammung des „regionalen Denkansatzes“ nicht nur kund, dass ihnen die entsprechende Argumentationslandschaft in Deutschland entweder gar nicht bekannt oder zumindest gleichgültiger als die Erwartungen ihres Gutachtenauftraggebers, das Bundesministerium für Gesundheit ist. Rürup und Wille geben mit ihrer Haltung auch kund, dass sie nicht zu den begeistertsten Lesern des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zählen.

Während Artikel 20 Abs. 1 Grundgesetz die Bundesrepublik Deutschland als demokratischen und sozialen Bundesstaat verfasst, d.h. die Bundesstaatlichkeit der Sozialstaatlichkeit vorgibt, wollen Rürup und Wille gerade diese Bundesstaatlichkeit als Kriterium eliminieren. Auch Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz, nach dem die Gesetzgebung über die Gesetzliche Krankenversicherung zum Bereich der konkurrierenden

---

3-4/1985, S. 195-210, Goeschel, Albrecht; Harms, Jens (Hrsg.): Raumordnung und Sozialpolitik, Frankfurt am Main 1988 und erneut Koller, Martin; Stichter/Werner, Albert: Modellrechnungen zum „verdeckten“ Finanzausgleich in Deutschland. In: Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. (Hrsg.): Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg BeitrAB Nr. 276

<sup>19</sup> Vgl. hierfür Rebscher, Herbert (Hrsg.): Regionalisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden 1999

Gesetzgebung geschlagen wird, zeigt an, dass die Verfassungsordnung unterlaufen würde, wenn bei der Betrachtung der tatsächlichen Verhältnisse in der Gesetzlichen Krankenversicherung der verfassungskonforme „regionale Denkansatz“ ausgeschlossen würde, wie Rürup und Wille dies dekretieren.

Aber auch unterhalb der Ebene der Verfassungsnormen machen die sozialstaatlichen Groß-Gesetze eine Betrachtung der räumlichen Voraussetzungen und Auswirkungen des Gesundheitsfonds ebenso wie der Finanzströme der Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt erforderlich. Bei diesen sozialstaatlichen Groß-Gesetzen handelt es sich um das Sozialgesetzbuch einerseits und das Bundesraumordnungsgesetz andererseits. So ist es nach § 1 Abs. 1 SGB (Sozialgesetzbuch) I Aufgabe des Sozialgesetzbuches dazu beizutragen „gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit ..... zu schaffen“. Gleichmaßen ist es nach § 1 Abs. 2 Ziff. 1 ROG (Raumordnungsgesetz) Leitvorstellung bei der Entwicklung, Ordnung und Sicherung des Gesamttraumes der Bundesrepublik Deutschland „die freie Entfaltung der Persönlichkeit in der Gemeinschaft ..... zu gewährleisten“.

Demnach dient die Sozialsicherung einzelbezogen und die Raumordnung gemeinschaftsbezogen dem gemeinsamen Ziel der freien Entfaltung der Persönlichkeit. Es kann vor diesem Hintergrund dann jedenfalls nicht sein, dass die Gestaltung der Finanzströme der Sozialsicherung, speziell der Gesetzlichen Krankenversicherung die Aufgabenstellung und vor allem Aufgabenerreichung der Raumordnung behindert oder beeinträchtigt. Eine Abstimmung von Sozialsicherung und Raumordnung ist daher unerlässlich.<sup>20</sup>

Artikel 106 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz ist genau die verfassungsrechtliche Vorgabe dafür, wie eine einheitliche (Steuer-) Abgabe, nämlich die Umsatzsteuer, zwar u.a. zwischen Bund und Ländern aufzuteilen ist, dabei aber gleichzeitig die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet zu wahren ist. Nicht eine Ausblendung der Teilräume aus der Verteilung der Umsatzsteuer als sogenannte Gemeinschaftssteuer, sondern eine Abstimmung von Teilräumlichkeit und Gesamträumlichkeit ist die Vorgabe der Verfassung. Gerade ein zentraler Gesundheitsfonds auf der Grundlage einer einheitlichen (Beitrags-) Abgabe bedarf der Betrachtung der teilräumlichen Voraussetzungen und Auswirkungen. Voraussetzung und damit Erfordernis einer solchen Abstimmung von Sozialsicherung und

<sup>20</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung. In: Die Ortskrankenkasse, Bonn, 9-10/1987, S. 266-269

Raumordnung sind Untersuchungen zu den räumlichen Voraussetzungen und Auswirkungen etwa des Gesundheitsfonds.

Zuletzt ist es so, dass zwar das Sozialgesetzbuch die in § 70 Abs. 1 SGB V vorgegebene Bedarfsgerechtigkeit und Gleichmäßigkeit der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten dem in § 71 SGB V aufgestellten Grundsatz der Beitragsstabilität, d.h. der Begrenzung der Beitragswirkungen auf die Unternehmenswirtschaft unterwirft. Umgekehrt fordert aber das Raumordnungsgesetz mit § 2 Abs. 2 Ziff. 1 Satz 3 ROG „ausgeglichene wirtschaftliche, infrastrukturelle, soziale, ökonomische und kulturelle Verhältnisse“ für die jeweiligen Teilräume. Dieser Grundsatz gilt nach § 3 Abs. 6 und § 4 Abs. 2 ROG auch für den Einsatz öffentlicher Finanzmittel. Den mit der Beitragsstabilität begrenzten Wirkungen der Krankenversicherung auf die Unternehmenswirtschaft sind damit angestrebte Wirkungen der Krankenversicherung als öffentlicher Finanzierungsträger auf die Teilräume gegenübergestellt.

Auch die Regelungen des Sozialgesetzbuches und des Raumordnungsgesetzes machen daher eine wechselseitige Abstimmung von Sozialsicherung und Raumordnung, eine Berücksichtigung der räumlichen Voraussetzungen und Auswirkungen des Gesundheitsfonds erforderlich.

#### **II.4. Räumliche Ebene der Wirkungsbetrachtung des Gesundheitsfonds**

Die bislang vorliegenden Gutachten zu den Raumwirkungen des Gesundheitsfonds<sup>21</sup> haben unterschiedslos die Ebene der Bundesländer als Untersuchungs- und Beurteilungsebene für den Gesundheitsfonds gewählt.

Eine spezifische Begründung wie bspw. die eigenständige Stellung der Bundesländer in der Finanzverfassung der Bundesrepublik Deutschland gemäß Artikel 104 a und 106 Grundgesetz für die Wahl dieser Beobachtungsebene wird nicht gegeben. Hingegen stellen Rürup und Wille die Beurteilung von räumlichen Wirkungen des Gesundheitsfonds, wie dargestellt, grundsätzlich in Frage und verweisen hierbei auf den Umstand, dass die gesetzlichen Krankenkassen, aus deren Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben letztlich der Gesundheitsfonds gebildet wird, „keine Einrichtungen der Bundesländer“ seien und berufen sich hierbei auf eine Urteilsbegründung des

---

<sup>21</sup> Unbesetzt

Bundesverfassungsgerichtes.<sup>22</sup> Rürup und Wille „begründen“ die gleichwohl auch von ihnen gewählte räumliche Untersuchungs- und Beurteilungsebene „Länder“ letztlich damit, dass dies eine gar nicht zulässige Ebene sei. Gleichwohl führen sie dann doch allerlei Hinweise darauf an, dass sich die gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Diskussion über den Risikostrukturausgleich und die Kassenbeitragsgestaltung in den zurückliegenden Jahren auf die Ebenen von Bund und Länder konzentriert habe<sup>23</sup>, um dann „ungeachtet dessen“, dass sie die ganze Sache einfach für „verfehlt“<sup>24</sup> halten, der „Fragestellung des Auftrags“<sup>25</sup> zu folgen und die Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds „zwischen den Bundesländern“<sup>26</sup> zu untersuchen, was zwar verfehlt, aber wie sie so richtig feststellen, nicht „verboten“<sup>27</sup> sei.

Die Autoren der übrigen drei Gutachten kommen etwas umstandsloser zu der gewählten räumlichen Ebene. Sie benennen diese ohne weitere Begründung<sup>28</sup> oder sie beziehen sich auf die in § 272 SGB V vorgegebenen Übergangs- und Ausgleichsregelungen für die in den jeweiligen Ländern tätigen Krankenkassen bzw. deren dort wohnende Versicherten.<sup>29</sup>

In zwei Gutachten wird aber auch ausgeführt bzw. angedeutet, dass an den tatsächlichen Voraussetzungen und Auswirkungen des Gesundheitsfonds orientierte Untersuchungen die Regionen, also räumlichen Einheiten unterhalb der Länderebene wählen müssten. Neubauer und Pfister verweisen zunächst darauf, dass bei einer Einbeziehung der tatsächlichen Kasseneinnahmen solcher Kassen, die noch auf Länderebene oder Regionsebene tätig sind, sowie vor allem bei einer Einbeziehung der tatsächlichen Leistungsausgaben die in Flächenstaaten wie Bayern stark unterschiedlichen Kostenstrukturen und Versorgungsniveaus in den verschiedenen Regionen berücksichtigt werden müssen.<sup>30</sup> Sie kündigen daher eine Regionalbetrachtung an.<sup>31</sup>

Rürup und Wille weisen darauf hin, dass unter dem Gesichtspunkt tatsächlicher Auswirkungen sich Veränderungen in den Sozialfinanzströmen, sie bezeichnen dies als „Reformen“, bei den

---

<sup>22</sup> Vgl. Fußnote 6

<sup>23</sup> Vgl. Rürup, Bert; Wille, Eberhard: A.a.O., S. 18

<sup>24</sup> Vgl. ebda., S. 4

<sup>25</sup> Vgl. Kapitel

<sup>26</sup> Vgl. ebda., S. 10 und S. 48

<sup>27</sup> Vgl. ebda., S. 11

<sup>28</sup> Vgl. Augurtzky et al.: A.a.O. und Neubauer, G.; Pfister, F.: A.a.O.

<sup>29</sup> Vgl. Drabinsky, Thomas: A.a.O., S. 11

<sup>30</sup> Vgl. Neubauer, G.; Pfister, F.: A.a.O., S. 12, S. 14

<sup>31</sup> Vgl. ebda., S. 15

Leistungserbringern bzw. bei den Patienten, Versicherten und Arbeitgebern, nicht aber bei Krankenkassen, Bundesländern oder Staaten niederschlagen würden.<sup>32</sup> Diese Vorstellung ist in der Literatur zur Inzidenzforschung schon vor bald drei Jahrzehnten erörtert und widerlegt worden.<sup>33</sup> Bei Inzidenzanalysen geht es nicht darum, ob überhaupt reale oder fiktive Aggregate aus den kleinsten betroffenen Einheiten gebildet werden, sondern wie adäquat die jeweiligen Aggregate zur Themenstellung sind.<sup>34</sup> Der Hinweis von Rürup und Wille ist also allenfalls in der Weise nützlich, dass er Überlegungen nahelegt, welche räumliche Ebene die Voraussetzungen und Auswirkungen des Gesundheitsfonds bei den Leistungserbringern, Patienten, Versicherten und Arbeitgebern am adäquatesten erfasst. Dies ist sicherlich die Ebene der Region. Dies bestätigen Rürup und Wille unfreiwillig selbst, wenn sie schreiben: „Eine regional tätige und damit in ihrer Kalkulation die regionalen Besonderheiten berücksichtigende Krankenkasse tätigt ihre Ausgaben – von grenzüberschreitenden und im Rahmen eines „Interkassenausgleichs“ vorgesehenen Inanspruchnahmen von Leistungen durch die Versicherten abgesehen – in dem jeweiligen Bundesland. Regionale Über- und Unterversorgung schlagen sich damit bei den Krankenkassen voll in ihren Beitragssätzen nieder, was z.B. die Beitragssatzprobleme der AOK-Berlin erklärt. Überregional und vor allem bundesweit tätige Krankenkassen gleichen dagegen im Zuge einer Mischkalkulation in ihrem Beitragssatzgebiet solche Versorgungsunterschiede aus. Dies bedeutet, dass bundesweit kalkulierende Krankenkassen ausgabenintensive oder einnahmenschwache Regionen auf Kosten der weniger ausgabenintensiven oder einnahmestarken Regionen entlasten. Die Versicherten dieser Krankenkassen in den weniger ausgabenintensiven (einnahmestarken) Regionen leisten quasi eine Quersubvention für die Versicherten in den anderen Regionen.“<sup>35</sup>

Insgesamt kann es angesichts der den zurückliegenden mehr als zwei Jahrzehnten zu den räumlichen Aspekten der Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung veröffentlichten Ergebnisse keinen Zweifel geben, dass die wirkungserheblichen Tatbestände zum Zwecke einer höchstmöglichen Verdeutlichung räumlicher Unterschiede und gleichzeitig einer höchstmögliche Sachgerechtigkeit gegenüber der

---

<sup>32</sup> Vgl. Rürup, Bert; Wille, Eberhard: A.a.O., S. 18

<sup>33</sup> Vgl. Zimmermann, Horst: Regionale Inzidenz öffentlicher Finanzströme, Baden-Baden 1981, S. 53 ff. und S. 23 ff.

<sup>34</sup> Vgl. ebda., S. 43 ff.

<sup>35</sup> Vgl. Rürup, Bert; Wille, Eberhard: A.a.O., S. 19

leistungsprägenden Kleinräumigkeit auf der Ebene von Regionen aggregiert werden sollten.<sup>36</sup>

## II.5. Art der Raumwirkungen des Gesundheitsfonds

Drei der zu den räumlichen Wirkungen des Gesundheitsfonds vorliegenden und hier aufgeführten Gutachten befassen sich mit dem Verteilungswirken des Gesundheitsfonds zwischen den Bundesländern.<sup>37</sup> Zwei Gutachten behandeln außerdem die Angleichung der noch bestehenden regional-gebietszuständigen Krankenkassen an die zentral-bundesweiten Krankenkassen.<sup>38</sup> Ein Gutachten befasst sich mit den Mehrbelastungen der Arbeitgeber, Beschäftigten und Rentner der verschiedenen Kassenartengemeinschaften in Bayern durch den einheitlichen Beitragssatz.<sup>39</sup>

Drabinski, und dies werfen ihm Rürup und Wille als „Kardinalfehler“ vor, stellt unter Heranziehung des zukünftig einheitlichen Beitragssatzes die aus den Ländern vor Einführung und nach Einführung dieses einheitlichen Beitragssatzes aufgebrachten Krankenversicherungseinnahmen den in den Ländern mit sehr unterschiedlichem Vergütungsniveau und sehr unterschiedlicher Vergütungsstruktur an die Leistungserbringer bezahlten Gesundheitsausgaben gegenüber.<sup>40</sup>

Dabei wird nur im Gutachten von Drabinski die tatsächliche räumliche Inzidenz des Gesundheitsfonds, bezogen auf die Ebene der Länder dargestellt. Nur bei Drabinski werden die Entgeltzahlungen der Krankenkassen an die Leistungserbringer in den Bundesländern als Maßstab für die Rückflüsse in die Länder den Abflüssen an Beitragszahlungen an die Krankenkassen aus den Ländern in den Gesundheitsfonds gegenübergestellt.

Rürup und Wille sind demgegenüber, entsprechend ihrer ablehnenden Haltung gegenüber dem „regionalen Denkansatz“ erkennbar bemüht, vor allem das Volumen der Umverteilung der Krankenkassenfinanzen zwischen den Bundesländern zu minimieren. Dieses Ziel verfolgen sie, indem sie nicht das gesamte, mit dem neuen Einheitsbeitragssatz zu

<sup>36</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Regionales Gesamtrisiko: Raumordnungspolitische Überlegungen zur Krankenkassenneuordnung. In: Sozialer Fortschritt, Berlin, 11-12/1989, S. 283-286 sowie Goeschel, Albrecht: Krankenkassen, Kommunalkörperschaften und Regionalwirtschaft. In: Die Ortskrankenkasse, Bonn 1/1985, S. 12-19

<sup>37</sup> Vgl. Fußnote 5: Gutachten Augurtzki, Drabinski und Rürup/Wille

<sup>38</sup> Vgl. Fußnote 5: Gutachten Augurtzki und Rürup/Wille

<sup>39</sup> Vgl. Fußnote 5: Gutachten Neubauer/Pfister

<sup>40</sup> Vgl. Drabinski, Thomas: A.a.O., S. 16, S. 27, S. 27 ff. und S. 30 ff.

berechnende Umverteilungsvolumen als Ausgangspunkt wählen, sondern nur die im Gefolge des Gesundheitsfonds zusätzlich zum bisherigen bundesweiten Risikostrukturausgleich nunmehr auch einbezogenen Mittel für Satzungs- oder Mehrleistungen und Verwaltungskosten zum Untersuchungsgegenstand machen. Nur deren Umverteilung zwischen den Ländern wollen sie untersucht wissen.<sup>41</sup> Sie vergessen auch nicht, darauf hinzuweisen, dass selbst diese nur etwa 8 Prozent des Finanzvolumens der Krankenkassen ausmachenden Satzungs- oder Mehrleistungen sowie Verwaltungskosten<sup>42</sup> bei den anteilsstarken bundesweit tätigen Krankenkassen sowieso schon intern zwischen den Bundesländern umverteilt werden, d.h. die Umverteilungswirkungen noch geringer sind.<sup>43</sup> Es erstaunt dann nicht, dass Rürup und Wille bei einer solcherart kleingerechneten Umverteilung zwischen den Ländern keinen „Defekt“ des Gesundheitsfonds erkennen können.<sup>44</sup>

Drabinski sieht demgegenüber zutreffender den Gesundheitsfonds als eine weitere Steigerung der Anstrengungen, an die Stelle einer dezentralen Gesundheitsversorgung eine zentralisierte Gesundheitsversorgung zu setzen.<sup>45</sup>

Rürup und Wille sind zu ihrem Ergebnis, der Gesundheitsfonds sei in räumlicher Hinsicht letztlich problemlos nur gekommen, weil sie seine räumliche Inzidenz ganz im Gegensatz zu ihrer Kritik an letztlich jeder überindividuellen Aggregatbildung bei der Betrachtung räumlicher Wirkungen,<sup>46</sup> auf der sachgerechten Ebene der Leistungserbringer des Gesundheitswesens überhaupt nicht in den Blick genommen haben, sondern stattdessen nur das Aggregat der Krankenkassenkörperschaften für Wirkungsbeschreibungen herangezogen haben. Anders hätten sie aber auch nicht den bisherigen Risikostrukturausgleich sozusagen vom Gesundheitsfondsausgleich „subtrahieren“ können statt, wie es politisch und ökonomisch sachgerecht wäre, die Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds zu den schon geschaffenen Verteilungsmechanismen zwischen den Bundesländern zu „addieren“, wie dies Drabinski getan hat.

Gleichzeitig denken Rürup und Wille das von ihnen ins Spiel gebrachte Aggregat Krankenkassenkörperschaften auch nicht konsequent zu Ende. Zwar legen sie mehrfach dar, dass durch den Gesundheitsfonds und

<sup>41</sup> Vgl. Rürup, Bert; Wille, Eberhard: A.a.O., S. 6 ff., 11, 12 ff. und 14

<sup>42</sup> Vgl. ebda., S. 15

<sup>43</sup> Vgl. ebda., S. 19, S. 42 und S. 48

<sup>44</sup> Vgl. ebda., S. 9

<sup>45</sup> Vgl. Drabinski, Thomas: A.a.O., S. 9 und S. 38 ff.

<sup>46</sup> Vgl. Rürup, Bert; Wille, Eberhard: A.a.O., S. 18

dessen Erfassung auch der Satzungs- und Mehrleistungen sowie der Verwaltungskosten nunmehr auch die regional-gebietszuständigen Krankenkassen sozusagen „extern“ in einen räumlich entdifferenzierten Ausgleich einbezogen sind wie ihn die zentral-bundesweiten Krankenkassen „intern“ schon lange haben.<sup>47</sup> Sie vergessen allerdings dabei dann zu erörtern, ob eine solche funktionelle Zentralisierung der Regionalkassen dem vorgeblichen Zweck des Risikostrukturausgleichs, durch Wettbewerb wirtschaftlicheres Handeln anzureizen, tatsächlich dient.<sup>48</sup> Die von Rürup und Wille so positiv beschriebenen „Quersubventionen“ zwischen stärkeren und schwächeren Regionen innerhalb der zentral-bundesweiten Krankenkassen<sup>49</sup> stoßen in anderen Zusammenhängen auf weniger Bewunderung bei den Freunden des Wettbewerbs. Vor allem bestätigen Rürup und Wille mit ihren Darlegungen zur funktionellen Zentralisierung der Regionalkassen durch den Gesundheitsfonds die von Drabinski vertretene These einer anhaltenden und vom Gesundheitsfonds forcierten Tendenz zur Zentralisierung der Gesundheitsversorgung.

Rürup und Wille sind es dann auch wieder die neben den Verteilungswirkungen zwischen den Bundesländern und neben der funktionellen Zentralisierung auch der Regionalkassen<sup>50</sup> noch auf eine dritte räumliche Wirkung des Gesundheitsfonds aufmerksam machen: Verschlechterungen der wirtschaftlichen Lage der Leistungserbringer des Gesundheitswesens in bestimmten Regionen. Rürup und Wille zeigen, dass die mit dem Gesundheitsfonds verbundene Ausweitung der Finanzkraftausgleichs zwischen den Krankenkassen von 92 Prozent auf 100 Prozent Vorteile solcher Krankenkassen beseitigt, die regional-gebietszuständig in einem Bundesland oder einem Teilgebiet sind, in dem überdurchschnittlich hohe Beitragsgrundlagen, sprich sozialversicherungspflichtige Arbeitsentgelte zu verzeichnen sind. Umgekehrt werden auch Nachteile solcher Krankenkassen beseitigt, die regional-gebietszuständig in einem Bundesland oder in einem Teilgebiet sind, in dem unterdurchschnittlich hohe Beitragsgrundlagen, sprich sozialversicherungspflichtige Arbeitsentgelte zu verzeichnen sind. Solche Vorteile oder Nachteile ebnet der Gesundheitsfonds ein.<sup>51</sup> Regionalunterschiede gibt es zukünftig nur noch im Marginalbereich der Zusatzbeiträge bzw. Rückzahlungen.<sup>52</sup> Da Zusatzbeiträge, sofern sie

<sup>47</sup> Vgl. ebda., S. 17 ff. und S. 42 ff. Ähnlich Augurtzki A.a.O., S. 8 ff.

<sup>48</sup> Vgl. Rürup, Bert; Wille, Eberhard: A.a.O., S. 14. Die Pressemeldungen der letzten Zeit, dass Krankenkassen wie bspw. die AOK-Bayern und die AOK-Niedersachsen die niedergelassene Ärzte auffordern, die AOK-Versicherten aus Gründen des Risikoausgleichs kränker zu machen lassen daran zweifeln. – Vgl. Süddeutsche Zeitung, 29. Januar 2009

<sup>49</sup> Vgl. Rürup, Bert; Wille, Eberhard: A.a.O., S. 19

<sup>50</sup> Vgl. ähnlich Augurtzki et al.: A.a.O., S. 7 ff.

<sup>51</sup> Vgl. Rürup, Bert; Wille, Eberhard: A.a.O., S. 42 ff.

<sup>52</sup> Vgl. ebda., S. 43

wegen der regionalen Gegebenheiten erforderlich werden, im Kassenwettbewerb nachteilig sind, ist entweder mit einem Abbau von Satzungs- und Mehrleistungen oder mit Absenkungen der Entgelte für die Leistungserbringer zu rechnen.<sup>53</sup> Beide Möglichkeiten betreffen die tatsächlichen Umsätze der Gesundheitswirtschaft in den Regionen.

Zusammenfassend beschreiben die vorliegenden Gutachten drei räumliche Wirkungen des Gesundheitsfonds: Verteilungswirkungen zwischen den Bundesländern, eine funktionelle Zentralisierung auch der regional-gebietszuständigen Krankenkassen sowie Veränderungen in den Umsätzen der Gesundheitswirtschaft in den Regionen.

Lediglich angedeutet findet sich bei Drabinski noch eine vor allem politisch-institutionelle Machtverschiebung zwischen der zentralen Ebene des Bundes und den dezentralen Ebenen wie bspw. diejenigen der Länder unter der Überschrift „Zentralisierung“.

## **II.6. Datenbasis für die Abbildung der Raumwirkungen des Gesundheitsfonds**

In den vorliegenden Gutachten wird u.a. bemängelt, dass keine regionalisierten Daten zur Gesetzlichen Krankenversicherung flächendeckend vorliegen.<sup>54</sup> Diese vor allem von Rürup und Wille vorgetragene Feststellung erstaunt etwas, da seit Jahrzehnten die Weigerung der zentralbundesweiten Krankenkassen bekannt ist, ihren bspw. nach dem Raumordnungsgesetz bestehenden regionsbezogenen Auskunftspflichten nachzukommen.<sup>55</sup> Neben dem Fehlen flächendeckender Daten werden auch die unbekanntes Zahlen über den ab 2009 eingeführten Morbiditäts-Risikostrukturausgleich, die unbekanntes Auswirkungen der Konvergenzausgleiche, die unbekanntes Wirkungen von Zusatzbeiträgen und Rückerstattungen sowie die unbekanntes Ergebnisse der Entgeltverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in den vorliegenden Gutachten angesprochen. Insbesondere wird auch darauf hingewiesen, dass die Entwicklung der Arbeitsentgelte, d.h. der Beitragseinnahmenbasis noch unsicher sei.<sup>56</sup>

Dies alles führt dazu, dass in den vorliegenden Gutachten mit Zahlen aus den Jahren 2003, 2005 und 2007 gerechnet werden muss und

---

<sup>53</sup> Vgl. ebda., S. 43 ff.

<sup>54</sup> Vgl. Rürup, Bert; Wille, Eberhard: A.a.O., S. 5 und ähnlich Neubauer, G.; Pfister, F.: A.a.O., S. 3

<sup>55</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Die Stellung der Ersatzkassen in den Raumordnungsregionen der Bundesrepublik Deutschland: Ausgangsdaten für die Krankenkassenstrukturplanung. In: Die Sozialversicherung, Frankfurt am Main, September 1990, S. 231-237

<sup>56</sup> Vgl. Fußnote 6

insbesondere der Morbiditäts-Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt wird.

## **II.7. Metabetrachtungen zu den Raumwirkungen des Gesundheitsfonds**

Die von Göppfarth vorgelegten Veröffentlichungen zu den Raumwirkungen des Gesundheitsfonds<sup>57</sup> beschreiben die in den hier zitierten unterschiedlichen Gutachten angesprochenen Umverteilungsvorgänge in der Gesetzlichen Krankenversicherung und die damit verbundenen „interregionalen Transfers“ systematisch. Systematisch beschreibt er auch die dabei vom Gesundheitsfonds bewirkten Änderungen. Zuletzt stellt Göppfarth auch die empirische Berechnungsergebnisse der zitierten Studien von Augurtzki, Drabinski und Rürup/Wille vergleichend dar.<sup>58</sup>

Die von Wasem et al. vorgelegte Veröffentlichung zu den Raumwirkungen des Gesundheitsfonds<sup>59</sup> lässt erkennen, dass der bisher nur bei den allerdings stetig an Mitgliederanteilen gewinnenden zentralbundesweiten oder länderübergreifenden vor allem Ersatzkassen geltende überregionale Einheitsbeitrag durch den Gesundheitsfonds nunmehr auch für die regionalgebietszuständigen Krankenkassen gilt. Damit gelten zukünftig für alle Krankenkassenmitglieder und nicht mehr nur die Mitglieder zentral-bundesweiter Krankenkassen dass diejenigen Mitglieder, die in schwach versorgten Regionen leben, über die Mischkalkulation eines Einheitsbeitrages diejenigen Mitglieder subventionieren müssen, die in stärker versorgten Regionen leben.<sup>60</sup>

Mithin bewirkt der Gesundheitsfonds mit seinem für alle Kassenarten geltenden Einheitsbeitragssatz, dass nunmehr schwächer versorgte Regionen stärker versorgte Regionen generell subventionieren müssen. Durch den Gesundheitsfonds hat sich sozusagen das zentrale Ersatzkassenmodell gegenüber dem regionalen Ortskrankenkassenmodell als alleiniges Leitbild durchgesetzt.

Die Raumwirkungen des Gesundheitsfonds können nunmehr direkt aus der Ausstattung der Regionen mit Gesundheitsinfrastruktur abgelesen werden. Zusätzliche Informationen ergeben sich dann noch aus der unterschiedlichen Umsatzhöhenstruktur der Gesundheitsberufe und

---

<sup>57</sup> Vgl. Göppfarth, Dirk: Gesundheitsfonds und Regionaldebatte II: Empirie. In: A.a.O., S. 163 ff. und ders. Regionale Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds. In: A.a.O.

<sup>58</sup> Vgl. ebda., S. 165

<sup>59</sup> Vgl. Wasem et al.: Gesundheitsfonds und Regionaldebatte I: Ordnungspolitischer Rahmen. In: A.a.O., S. 139 ff

<sup>60</sup> Vgl. ebda., S. 147

Gesundheitseinrichtungen sowie aus der Epidemiologie und Morbidität der Einwohner in den Regionen. Eine weitere Verbesserung der Validität der Aussagen zu den Raumwirkungen des Gesundheitsfonds ist zu erreichen, wenn auch noch die unterschiedlichen Strukturen und Niveaus der Beschäftigungsverhältnisse in ihrer Beitragsrelevanz einbezogen werden.

## **II.8. Methodische Aspekte der Feststellung der Raumwirkungen von Sozialfinanzströmen**

Die offenkundige Dürftigkeit der bisherigen Modellierung der tatsächlichen Raumwirkungen des Gesundheitsfonds in den hier referierten Gutachten und Veröffentlichungen äußert sich vor allem in der mangelnden Identifizierung der „Region“ als angemessener Ebene der Inzidenzuntersuchung. Sowohl die Arbeitsentgelte als Beitragsaufbringungsgrundlage wie auch Leistungsentgelte als Versorgungsbedarfsgrundlage differieren regional vor allem zwischen Kernstädten, Umlandbereichen und Landgebieten.<sup>61</sup> Die Dürftigkeit der aktuellen Diskussion über die „regionalen“ Wirkungen des Gesundheitsfonds wird deutlich wenn man berücksichtigt, dass zu dieser Frage schon Ende der 1980er Jahre ausführliche Gutachten erstellt worden sind, von denen die berichtete Literatur aber keine Notiz genommen hat bzw. wohl auch gar nichts weiß oder wissen will.<sup>62</sup>

## **III. Ordnungspolitische, sozialfinanzielle und gesundheitsinfrastrukturelle Situation**

### **III.1. Gesundheitsfonds, Bundesstaat und Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse**

Der Gesundheitsfonds des § 271 SGB V wird Krankenkassen-Beitragsabgaben in einem jährlichen Volumen umfassen, das noch über das Volumen der Verbrauchs-Steuerabgaben hinausgeht. Der Gesundheitsfonds steht als eine Art Neben-Etat des Bundeshaushaltes unter dem direkten Einfluss der Bundesregierung, die nach § 241 Abs. 1 SGB V ohne Zustimmung des Bundesrates den bundeseinheitlichen „Allgemeinen Beitragssatz“ zur Krankenversicherung festsetzt, den alle beitragspflichtigen Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung über ihre Krankenkassen in den Gesundheitsfonds einzuzahlen haben. Dies gilt auch für die Arbeitgeberbeiträge.

---

<sup>61</sup> Diese regionalwirtschaftliche Evidenz ist seit Jahrzehnten unbestritten und soll hier nicht gesondert belegt werden

<sup>62</sup> Vgl. bspw. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Grundlagen für die Abgrenzung, Abstimmung und Zuordnung der Sozialtransfers in München, Marquartstein Oktober 2009

## **Übersicht: Krankenkassen-Beitragsabgaben und Verbrauchs- Steuerabgaben in Deutschland 2003**

Während sich bis zur Einführung des Gesundheitsfonds die Krankenkassen-Beitragsabgaben auf etwa 210 selbstständige Krankenkassen im Jahre 2008 verteilt haben und sich die Verbrauchs-Steuerabgaben im Bereich Mehrwert- bzw. Umsatzsteuer auf Bund, Länder, Gemeinden und Europäische Union verteilen, verbleiben die Krankenkassen-Beitragsabgaben an den Gesundheitsfonds allein bei diesem. Er wird gemäß § 271 Abs. 1 SGB V als „Sondervermögen“ durch das Bundesversicherungsamt verwaltet.

Schon vor dieser Zentralisierung der Krankenkassen-Beitragsabgaben in einem direkt von der Bundesregierung gesteuerten Gesundheitsfonds hat sich die Bundespolitik seit Jahrzehnten durch Belastung der Krankenversicherung mit eigenen Zahlungsverpflichtungen im Wege sogenannter „Verschiebebahnhöfe“ und „Versicherungsfremder Leistungen“ auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung entlastet.<sup>63)</sup>

Diese Herauslösung der Krankenkassen-Beitragsabgaben aus jeglicher teilräumlichen Verfügung, wie sie etwa bei der Umsatzsteuer gegeben ist und die nunmehr offene Zuordnung der Krankenkassen-Beitragsabgaben als ein zentralisiertes „Sondervermögen“ stehen nicht im Einklang mit Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz. In diesem wird die Bundesrepublik Deutschland als demokratischer und sozialer Bundesstaat verfasst. Damit ist eine länderräumliche Gliederung der Bundesrepublik Deutschland Verfassungsgrundsatz.

Die Maßgabe des Art. 106 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz, nach der die Verteilung der Umsatzsteuer zwar zwischen Bund und Ländern zu erfolgen hat, dabei aber gleichzeitig die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet zu wahren ist, zeigt den verfassungskonformen Weg einer Wahrung der Bundesstaatlichkeit, d.h. der Teilräumlichkeit bei gleichzeitiger Gesamträumlichkeit bei der

---

<sup>63</sup> Vgl. hierzu u.a. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung – Jahrgutachten 1989, Baden-Baden 1989, S. 50 bis 56; ders. (Hrsg.): Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Sondergutachten 1997, Bd. II, Baden-Baden 1997/1998, S. 333-339 sowie Schmähl, Winfried: Aufgabenadäquate Finanzierung der Sozialversicherung durch Beiträge und Steuern – Begründungen und Wirkungen eines Abbaus der „Fehlfinanzierung“ in Deutschland (Hrsg.): Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen, ZeS - Arbeitspapier 5/06

Übersicht

## Krankenkassen-Beitragsabgaben und Verbrauchs-Steuerabgaben in Deutschland

Aufkommen und Verteilung der Krankenkassen- Beitragsabgaben  Mrd. EUR	Aufkommen und Verteilung der Verbrauchs-Steuerabgaben <sup>**)</sup>  Mrd. EUR
Gesundheitsfonds <sup>*)</sup>	Bundshaushalt  Länderhaushalte  Gemeindehaushalte  EU-Haushalt
<b>Zusammen</b> <b>137,4</b>	<b>Zusammen</b> <b>104,2</b>

<sup>\*)</sup> Beitragseinnahmen von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern zur Gesetzlichen Krankenversicherung 2003

<sup>\*\*)</sup> Nur Umsatzsteuer 2003

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 2006, Bonn 2006, S. 196 und 231

Deckung der notwendigen Ausgaben von Bund und Ländern aus der Umsatzsteuer als sogenannter Gemeinschaftssteuer.

Auch die Zuweisung der Gesetzgebung über die Gesetzliche Krankenversicherung zum Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung, d.h. zur Gesetzgebung nicht allein durch den Bund in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz lässt Zweifel aufkommen, ob der Gesundheitsfonds in dieser Form eines zentralen „Sondervermögens“ mit alleiniger Setzungshoheit der Bundesregierung für die Höhe der Krankenkassenbeitragsabgaben mit den Verfassungsgrundsätzen der Bundesstaatlichkeit bei Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse vereinbar ist.

### **III.2. Raumordnungswidrigkeit, Krankensteuer und Gesundheitsarmut**

Die bisherigen Stellungnahmen der Verbände des Sozialen und der Wohlfahrt zum Gesundheitsfonds betreffen den Solidaritäts- und Gerechtigkeitsaspekt etwa zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern als Beitragszahlern innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung, zwischen einkommensstärkeren und einkommensschwächeren Mitgliedern, gesundheitsstärkeren und gesundheitsschwächeren Versicherten, zwischen günstiger gemischten und weniger günstig gemischten Krankenversichertengemeinschaften etc.<sup>64</sup>

Die schon mehrfach angesprochenen bundesstaatsverfassungsrechtlichen Aspekte des Gesundheitsfonds rücken einen ganz anderen Solidaritäts- und Gerechtigkeitsaspekt im demokratischen und sozialen Bundesstaat ins Blickfeld: Die durch die Raumordnung zu gewährleistende kollektive Chancengleichheit als Korrelat der mit der Sozialordnung angestrebten individuellen Chancengleichheit.

Von Bedeutung für die Beurteilung des Gesundheitsfonds ist daher neben dem Solidaritäts- und Gerechtigkeitsaspekt zwischen Einzelnen und Gruppen ebenso der Solidaritäts- und Gerechtigkeitsaspekt zwischen Räumen.

---

<sup>64</sup> Eine Ausnahme stellt das Diakonische Werk mit seiner Basisinformation zum Gesundheitsfonds dar. Darin wird auch der Gesichtspunkt des Verhältnisses von einkommensstarken und einkommensschwachen Regionen und dessen Veränderung durch den Gesundheitsfonds angesprochen. – Vgl. Diakonisches Werk: Basisinformation zum Gesundheitsfonds vom 04.08.2008, [http://www.diakonie-fid.de/htme/grp/7\\_2313\\_html](http://www.diakonie-fid.de/htme/grp/7_2313_html)

### III.2.1. Beziehungen von Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung

Im Verbandsorgan des AOK-Bundesverbandes wird dieser räumliche Solidaritäts- und Gerechtigkeitsaspekt als Beziehung zwischen Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung wie folgt beschrieben: *„Sowohl das Sozialgesetzbuch wie auch das Raumordnungsgesetz verfolgen das gemeinsame Ziel der Schaffung gleicher beziehungsweise bestmöglicher Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit. Dieses Ziel will das Sozialgesetzbuch direkt durch einzelbezogene Sozialleistungen, das Raumordnungsgesetz indirekt durch räumliche Strukturentwicklung erreichen. Auch im besonderen Bereich des Schutzes der Gesundheit komplettieren sich Sozialsicherung und Raumordnung. So verleiht das Sozialgesetzbuch jedem im Rahmen der Sozialversicherung ein Recht auf Schutz und Erhaltung der Gesundheit, während das Raumordnungsgesetz die Erhaltung, Verbesserung oder Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsverhältnisse vorschreibt.“*<sup>65</sup>

Raumordnung und Sozialsicherung haben eine ausdrückliche Abstimmungsaufgabe im Bereich der Gesundheitsversorgung zu erfüllen. So sind bei der Aufstellung der Kassenarztbedarfspläne ausdrücklich die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung zu beachten. Auch bei allen übrigen Bedarfsplanungen im Bereich der Gesundheitsversorgung sind, da diese raumbedeutsamen Planungen und Maßnahmen darstellen die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung zu beachten. Im vorliegenden Diskussionspapier wird daher der Gesundheitsfonds neben bundesstaatsverfassungsrechtlichen vor allem auch unter raumordnerischen und regionalwirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet. Dabei treten dann die in der Fachdiskussion bereits erwarteten Wirkungen eines vom Gesundheitsfonds ausgelösten „Gesundheitsarmut“<sup>66</sup> als nicht nur soziales, sondern auch regionales Phänomen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

### III.2.2 Beitragssatzdominanz, Leistungsmanipulierbarkeit und Krankensteuer

Untersuchungen zu den rechnerischen Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die Länder als fiktive „Wirtschaftssubjekte“ fragen

<sup>65</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung - Eine neue Fragestellung in Wissenschaft und Politik. In: Die Ortskrankenkasse, Bonn 9-10/1987, S. 266

<sup>66</sup> Vgl. Institut für Mikrodaten-Analyse (Hrsg.): Ökonomische Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer, Kiel Dezember 2006, S. 39

danach, wie viele Beitragsmittel aus den Ländern rechnerisch für den Gesundheitsfonds abgeschöpft werden und wie viele Leistungsausgaben über die Krankenkassen und die Leistungserbringer in die Bundesländer aus dem Gesundheitsfonds zurückfließen.<sup>67</sup>

So können diejenigen Bundesländer ermittelt werden, die unter den Bedingungen des neuen bundeseinheitlichen „Allgemeinen Beitragssatzes“ einerseits und der standardisierten Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen<sup>68</sup> andererseits rechnerisch mehr Zahlungsrückflüsse als Beitragsabflüsse zu verzeichnen haben, also „gewinnen“ oder mehr Beitragsabflüsse als Zahlungsrückflüsse zu verzeichnen haben, also „verlieren“.

### **Grafik:** Be- und Entlastungswirkungen der Gesundheitsreform nach Bundesland

Schon vor der Einführung des Gesundheitsfonds wurden solche regionalisierten Bilanzen der Finanzausstattung und der Finanzströme für die Gesetzliche Krankenversicherung und auch für die anderen Zweige der Sozialsicherung erarbeitet<sup>69</sup>. Auch in diesen Regionalbilanzen waren, soweit untersucht, die neuen Bundesländer „Gewinner“ infolge erhöhter Zahlungsrückflüsse.<sup>70</sup>

Unter den Bedingungen vereinheitlichter Beitragsabschöpfung durch den Gesundheitsfonds und standardisierter Zahlungsrückflüsse an die Krankenkassen sind die Krankenkassen aber nicht mehr maßgeblich für die tatsächliche Position der Länder oder auch Regionen als „Gewinner“ oder „Verlierer“. Der Grund hierfür liegt zunächst vor allem in dem enormen Konzentrationsprozess, der bei den Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung vor allem nach der Zusammenfassung beider deutscher Staaten, d.h. nach 1990 stattgefunden hat. In den Jahrzehnten zuvor war mit Ausnahme der bundesweit-zentralen Ersatzkassen und einiger länderüberschreitender Betriebskrankenkassen die Organisationsebene der Ortskrankenkassen sowie der Betriebs- und Innungskrankenkassen die Ebene der Kreise,

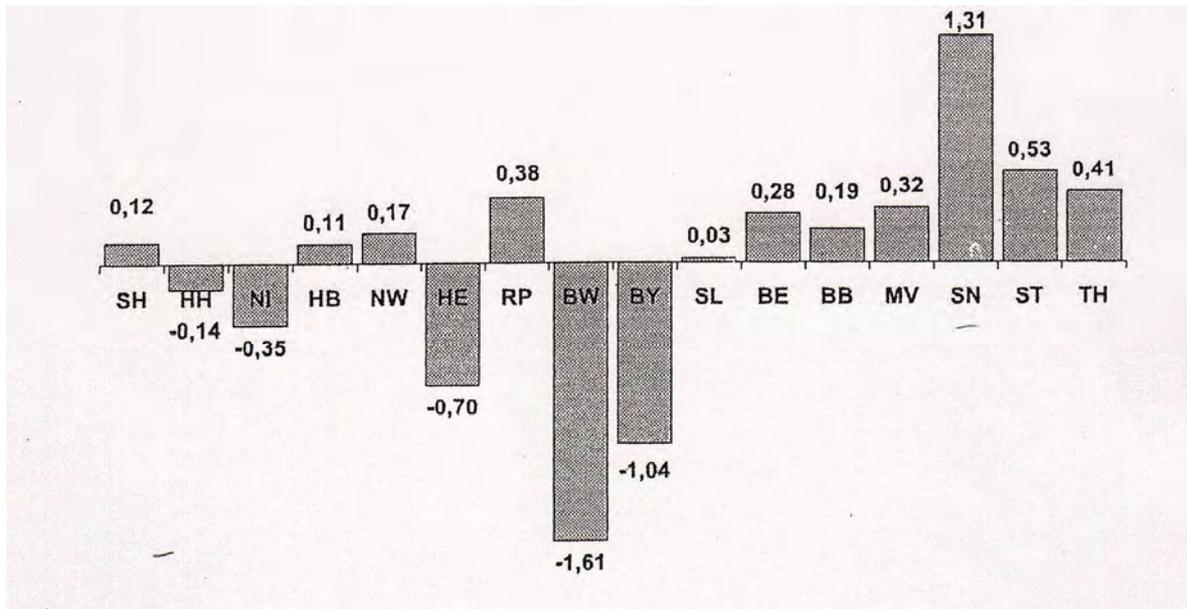
<sup>67</sup> Vgl. Institut für Mikrodaten-Analyse (Hrsg.): A.a.O.

<sup>68</sup> Diese Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds setzen sich aus einer Kopfpauschale je Versicherten sowie alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuschlägen und weiteren Transfers zusammen. – Vgl. Institut für Mikrodaten-Analyse, a.a.O., S. 10

<sup>69</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Finanzmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung: Umverteilungsvorgänge zu Lasten der ländlichen Räume. In: Der Landkreis, Stuttgart 8-9/1986, S. 372-375, Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Krankenkassenstruktur und Regionaldisparitäten, Marquartstein 1988 und diess.: Benachteiligung der Freien und Hansestadt Hamburg durch die derzeitige Krankenkassengliederung, Marquartstein 1989

<sup>70</sup> Vgl. Bloss, Kerstin: Die Bedeutung der Ausgaben und Einnahmen der Sozialversicherungssysteme für die Regionen in Deutschland. IAB-Forschungsbericht 8-2006. (Hrsg.): Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg 2006, S. 76 und S. 94

## Be- und Entlastungswirkungen der Gesundheitsreform nach Bundesland in Mrd. EUR



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung; EVS 2003.

Bundesländer: **BW**=Baden-Württemberg, **BY**=Freistaat Bayern, **BE**=Berlin, **BB**=Brandenburg, **HB**=Freie Hansestadt Bremen, **HH**=Freie und Hansestadt Hamburg, **HE**=Hessen, **MV**=Mecklenburg-Vorpommern, **NI**=Niedersachsen, **NW**=Nordrhein-Westfalen, **RP**=Rheinland-Pfalz, **SH**=Schleswig-Holstein, **SL**=Saarland, **SN**=Freistaat Sachsen, **ST**=Sachsen-Anhalt, **TH**=Freistaat Thüringen.

Kreisfreien Städte, Regierungsbezirke und allenfalls Länder. Dies hat sich gründlich geändert. Mittlerweile überwiegen von den Mitgliedsanteilen her die bundesweiten oder länderübergreifenden Krankenkassen.

**Übersicht:** Zahlenentwicklung der Regionalkrankenkassen und der Kommunalkörperschaften in Deutschland 1980-2005

Durch dieses weitgehende Auseinanderfallen der mehrheitlich bundesweiten oder länderübergreifenden Erstreckungsgebiete der Krankenkassen und der Hoheitsgebiete der Kreise bzw. Kreisfreien Städte, Regierungsbezirke und auch Länder bzw. Beobachtungs- und Planungsgebiete der Regionen sind die Zuflüsse zu den Kassen nicht mehr unmittelbar diesen Teilräumen zurechenbar.<sup>71</sup>

Wie die traditionell länderübergreifenden bundesweiten Ersatzkassen betonen, sind sie zu „Quersubventionierungen“ der Versorgung ihrer Versicherten aus Ländern mit vergleichsweise hohen Beitragseinnahmen aber vergleichsweise niedrigen Leistungsausgaben in Ländern mit niedrigen Beitragseinnahmen, aber vergleichsweise hohen Leistungsausgaben gezwungen. Hierfür seien beispielsweise überdurchschnittlich hohe Honorarvereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und hohe Kassenarztdichten in subventionierten Ländern wie bspw. Bayern ausschlaggebend.<sup>72</sup>

Wegen dieser erstreckungs- und hoheitsgebietlichen Inkongruenz von Krankenkassen und Gebietskörperschaften einerseits aber auch weil die Zuflüsse aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen nur Vorabzahlungen an die Krankenkassen für deren tatsächliche Leistungsausgaben sind, für die erforderlichenfalls noch Zusatzprämien

---

<sup>71</sup> Diese Inkongruenz wird sich noch weiter verstärken, wenn im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds ein Großteil der Betriebskrankenkassen wegen des wegfallenden Beitragssatzvorteils geschlossen werden wird und es zu weiteren länderungebundenen und kassenartenübergreifenden Fusionen wie diejenigen der Techniker-Krankenkasse und der IKK-Direkt oder der AOK-Rheinland und der AOK-Hamburg kommen wird. Das Bundesgesundheitsministerium strebt eine Konzentration an, bei der am Ende 30-50 Großkassen übrig bleiben. – Vgl. Süddeutsche Zeitung 07.10.2008 und 10.10.2008

<sup>72</sup> Vgl. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (Hrsg.): Ersatzkassen-Report Bayern, München September 2008, S. 5

# Zahlenentwicklung der Regionalkrankenkassen und der Kommunalkörperschaften in Deutschland 1980 - 2005

Körperschaften	Anzahl			
	1980	1990	2000	2005
Krankenkassen <sup>1)</sup>	1300	1130	410	370
Kommunen <sup>2)</sup>	328 <sup>3)</sup>	543	440	439

1) Eigenständige regionale Krankenkassen einschließlich länderüberschreitender BKK

2) Kreise und Kreisfreie Städte

3) 1982

Quelle: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit und Bundesministerium für Gesundheit

nur von den Mitgliedern erhoben werden müssen oder Rückerstattungen an die Mitglieder ausgereicht werden können, wird die tatsächliche Position der Länder oder auch Regionen als „Gewinner“ oder „Verlierer“ gegenüber dem Gesundheitsfonds letztlich durch die vergleichsweise Ausstattung der Länder, ggf. auch Regionen mit Leistungsanbietern wie Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser etc. bestimmt. Ebenso entscheidend sind die Art, Menge und Entgelte der erbrachten Leistungen dieser Leistungsanbieter. Ausstattung mit Leistungsanbietern und Aufwand an Leistungsabgaben entscheiden letztlich darüber, wie viel von den Beitragsabflüssen aus einem Gebiet in den Gesundheitsfonds als Zahlungsrückflüsse aus dem Gesundheitsfonds in das Gebiet tatsächlich zurückkommen.

An dieser Stelle kommt der sogenannte „Gemeinsame Bundesausschuss“ des § 91 SGB V ins Spiel. Dieses Gremium wird ohne jede Einflussnahme-Möglichkeit der Parlamente des Bundes und der Länder und ohne jede Möglichkeit der Einflussnahme der Landesregierungen vom Spitzenverband der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gebildet. Er untersteht bzw. unterliegt nach §§ 91 Abs. 8 und 92 Abs. 1a SGB V der Aufsicht bzw. den Weisungen des Bundesministeriums für Gesundheit. Seine Aufgabe besteht im Kern in der Festlegung von Richtlinien über die Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten, d.h. über die Art der Gesundheitsversorgung. Organisationen der Patientinnen und Patienten sowie der Selbsthilfe haben nach § 140 f SGB V lediglich ein „Mitberatungsrecht“.

Die in das Gebiet der Länder aus dem Gesundheitsfonds letztendlich zurückfließenden Finanzmittel sind damit in hohem Maße von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Art der Gesundheitsversorgung abhängig. Hinzu kommen als Einflussgruppen die für die Länder nur teilweise einflusszugänglichen gesetzlichen und vertraglichen Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern wie Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern einschließlich der unterschiedlichen Vergütungsvereinbarungen gemäß §§ 69-140 h SGB V. Die für die tatsächlichen Rückflüsse der aus den Ländern abgeschöpften Krankenkassen-Beitragsabgaben entscheidende Steuerung der Leistungsangaben durch die Beziehungen und Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern stellen für die Länder eine „black box“ dar. Insbesondere haben die Länder keinerlei Einfluss auf den sich über die Ländergrenzen hinweg vollziehenden Konzentrationsprozess in der Krankenkassenlandschaft, der den bundesweiten Großkassen

gegenüber den Leistungsanbietern in den einzelnen Ländern eine wachsende Verhandlungsmacht einräumt.<sup>73</sup>

Vor allem aber wird diese „black box“ durch den die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern beherrschenden Grundsatz der „Beitragssatzstabilität“ des § 71 SGB V dominiert. Diese Beitragssatzstabilität bemisst sich nach der in § 71 Abs. 2 und 3 SGB V bundeseinheitlich geltenden Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen. Diese Veränderungsrate stellt nach § 71 Abs. 3 SGB V das Bundesministerium für Gesundheit fest. Sie gilt gemäß § 71 Abs. 1 SGB V als Steigerungsobergrenze für alle Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Im Falle einer Rezession, dadurch bedingten Einnahmenverringerungen und einem Absinken dieser Veränderungsrate könnte es demnach auch zu einer Absenkung der Vergütungen für die Leistungserbringer, d.h. die Arztpraxen, Krankenhäuser etc. kommen.

Gegenüber diesem jetzigen Zustand war die Gesetzliche Krankenversicherung vormals in einer Vielzahl von überwiegend regionalen selbständigen und kassenspezifisch homogenen Versichertengemeinschaften organisiert. Institutionell, organisatorisch und sozial war damit ein räumlich überschaubarer und steuerbarer Zusammenhang von regionaler Beitragsaufbringung und regionalen Leistungsverausgabung nach Maßgabe der regionalen Wirtschaftskraft einerseits und der regionalen Gesundheitslage und der regionalen Leistungsanbieterausstattung andererseits hergestellt. Die erforderliche Beitragsfestsetzung war an erkennbare, anerkannte und abschätzbare Leistungserfordernisse gebunden. Beim Gesundheitsfonds steht bundesweit nunmehr eine einheitliche Beitragsabschöpfung nach Maßgabe der Beitragssatzstabilität, d.h. einer bundesweit einheitlichen Steigerungsrate fest. Die Leistungsverausgabung ist bestenfalls in dieser Höhe fest, grundsätzlich aber ungewiss, da sie von den zentralpolitisch manipulierbaren Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Beziehungen und Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern abhängig ist.

---

<sup>73</sup> Vgl. Gerlinger et al.: Mehr Staat, mehr Wettbewerb: Gesundheitsfonds ante portas. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, Köln 10/2008 S. 113 ff. Eine gewisse Einflussnahme besteht nur noch in den Bereichen und für diejenigen Krankenkassen, die der Länderaufsicht über die schrumpfende Zahl der innerhalb der jeweiligen Länder tätigen Krankenkassen unterstehen

Für die Länder ergibt sich hieraus das Problem, dass ihnen durch die Zentralisierung der Beitragsabschöpfung einerseits und durch die Unterordnung der Leistungsentgelte unter die zentral festgelegte Steigerungsrate andererseits sowie durch die ebenfalls zentrale Gestaltung der Gesundheitsleistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eine relevante Einflussnahme auf die Leistungsrückflüsse in ihre Grenzen nicht mehr möglich ist. Allein schon wegen ihres Volumens sind diese Leistungsrückflüsse aber für die Wirtschaftslage in den Ländern relevant.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob und inwieweit diese institutionelle, prozedurale und regionale Entkoppelung von Beitragsabschöpfung und Leistungsgewährung nicht erst, aber besonders seit dem Gesundheitsfonds es überhaupt noch zulässt, hier von „Beiträgen“ zur Krankenversicherung zu sprechen. Bei näherer Betrachtung dürfte es sich hier längst um eine „Kranken-Steuer“ handeln, die allerdings nur die Gruppe der versicherungspflichtigen Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung trifft.<sup>74</sup>

### III.3. Finanzzentralisierung und Regionaldisparitäten

Untersuchungen zu den rechnerischen Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die Länder sprechen in diesem Zusammenhang der einerseits zentral fixierten und vorab kassierten Beitragsabschöpfungen aus den Ländern und der andererseits manipulationsoffenen Leistungsverausgabungen und damit Zahlungsrückflüsse in die Länder von „Gesundheit nach Kassenlage“ und einer möglichen neuen Form der Armut – sogenannter „Gesundheitsarmut“<sup>75</sup> In welchem definitorischen Rahmen Länder, die bei den Zahlungsrückflüssen aus dem Gesundheitsfonds gegenüber den Beitragsabschöpfungen in den Gesundheitsfonds „Verlierer“ sind auch Grade von „Gesundheitsarmut“ aufweisen, kann zunächst auf der Ebene der Länder bzw. Regionen als fiktiver Wirtschaftssubjekte bestimmt werden.

**Übersicht:** Verteilung der Finanzmittel von den Krankenkassen auf die Bundesländer

---

<sup>74</sup> Vgl. hierzu u.a. Hufen, Friedhelm: Die Diskussion um die Gesundheitsreform: Der verfassungsrechtliche Rahmen sollte nicht in Vergessenheit geraten. In: PKV-Publik, 4/2006, S. 40-43; Kirchhof, Ferdinand: Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Bürgerversicherung. In: PKV-Publik, 9/2004 S. 100-103 und Lauterbach, Karl: Der Zweiklassen-Staat, Berlin 2007, S. 85-89

<sup>75</sup> Vgl. Institut für Mikrodaten-Analyse: A.a.O., S. 39

### Verteilung der Finanzmittel von den Krankenkassen auf die Bundesländer

	Szenario 1 [Mrd. €]	Szenario 2 [Mrd. €]	Szenario 3 [Mrd. €]
Bundesland/Region	1	2	3
Schleswig-Holstein	4,21	4,51	4,09
Hamburg	3,78	3,13	3,41
Niedersachsen	11,62	13,82	11,57
Bremen	1,61	1,24	0,91
Nordrhein-Westfalen	31,88	31,59	33,37
Hessen	9,78	10,06	10,04
Rheinland-Pfalz	6,40	6,87	5,12
Baden-Württemberg	17,17	17,28	18,01
Bayern	20,03	19,04	19,22
Saarland	2,09	1,85	1,57
Berlin	8,12	7,31	9,47
Brandenburg	4,27	4,61	4,97
Mecklenburg-Vorp.	3,24	2,84	2,43
Sachsen	8,01	8,42	7,74
Sachsen-Anhalt	5,26	4,96	5,28
Thüringen	4,42	4,37	4,71
West	116,71	116,71	116,78
Ost	25,20	25,19	25,12
<b>Deutschland</b>	<b>141,90</b>	<b>141,90</b>	<b>141,90</b>

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung.



Schriftenreihe  
Institut für Mikrodaten-Analyse

Wegen der Eigenschaft der Krankenkassen-Beitragsabgaben als eine „Kranken-Steuer“ auf eine zukünftig zwar nicht zwingende, aber wahrscheinliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen<sup>76</sup> und wegen ihres Umfangs ist es zulässig, diese Krankenkassen-Beitragsabgaben aus den Ländern an den zentralen Gesundheitsfonds den Verbrauchs-Steuerereinnahmen, die den Ländern aus der Gemeinschaftssteuer Umsatzsteuer anteilig zufließen, gegenüberstellen. Es können so Länder mit einem überdurchschnittlich hohen Pro-Kopf-Negativsaldo zwischen Krankenkassen-Beitragsabgaben und Verbrauchs-Steuerereinnahmen identifiziert werden.

Nun kann auf dieser Ebene nicht umstandslos von „Armutgefährdung“ bzw. „Armut“, d.h. armutsgefährdeten bzw. armen Länder gesprochen werden. Bei einem raumordnerisch-raumwirtschaftlichen Sachverhalt, wie ihn die Ausstattung von Ländern oder anderen Räumen mit fiskalischen bzw. parafiskalischen Mitteln darstellt, wird von „Disparitäten“ gesprochen. Bisher wurden solche Disparitäten auf der Ebene der Pro-Kopf-Salden von Abflüssen in den Gesundheitsfonds und Zuflüssen aus der Umsatzsteuer beschrieben. Beschrieben werden können diese Disparitäten auch noch nach dem Pro-Kopf-Volumen der tatsächlich in den Ländern bzw. anderen Räumen verausgabten, d.h. in diese Länder geflossenen Zahlungen für Gesundheitsleistungen. Diese Pro-Kopf-Beträge verändern dann positiv wie negativ die Differenz zwischen den Abflüssen in den Gesundheitsfonds und den Zuflüssen aus dem Umsatzsteueraufkommen.<sup>77</sup>

Auf dieser Ebene der Feststellung der vom Gesundheitsfonds beeinflussten Disparitäten in der Finanzausstattung der Länder bzw. Regionen wirkt ein zusätzlicher verzerrender Faktor. Hierbei handelt es sich um das Instrument des sogenannten Zusatz-Beitrages, den allein die individuellen Beitragszahler, nicht aber die Arbeitgeber zu zahlen haben, wenn die pauschalen und risikoadjustierten Überweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen, um 95 Prozent der Ausgaben zu decken. Bis zu ihrer Freigabe durch die „Reform“ des Jahres 2010 blieben diese zusätzlichen Beitragszahlungen wegen des Greifens der

---

<sup>76</sup> Vgl. hierzu Knappe, Eckhard: Gesundheitsreform im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich. (Hrsg.): Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen, ZeS-Arbeitspapier 8/2007, S. 7-12

<sup>77</sup> Dabei müssen die Zuflüsse aus dem Umsatzsteueraufkommen zuvor um die anteiligen Umsatzsteuerabführungen bereinigt werden, die zumindest für einen Teil der Gesundheitsleistungen, bspw. Arzneimittel anfallen

Härtefallregelungen nur in einem marginalen Bereich.<sup>78</sup> Wegen der insgesamt bestehenden Unterdeckung der erforderlichen Leistungsausgaben und des damit verbundenen Druckes in Richtung weitere Anhebung der Zusatzbeiträge mit der Wirkung einer Abwanderung risikogünstiger Mitglieder besteht gerade für Kassen mit risikoungünstigeren insbesondere einkommensschwächeren Mitgliederschaften ein verstärkter Druck zum Abbau aller nur irgendwie entbehrlichen Leistungen.<sup>79</sup>

In Regionen mit hohen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung kann für die regional zuständigen Kassen die Notwendigkeit von Zusatzbeiträgen sehr rasch eintreten. Bisherigen Untersuchungen zufolge werden dabei die unteren Einkommensgruppen durch die Zusatzbeiträge dabei stärker belastet als die oberen Einkommensgruppen.<sup>80</sup> Bestimmte ungünstiger gemischte regionale Versichertengemeinschaften erhielten wegen der mittlerweile entfallenen Härtefallausnahmen zumindest in Höhe des Zusatzbeitrages keine Rückflüsse. Sie mussten dementsprechend soweit dies möglich war, Leistungen kürzen. Damit verringerte sich der Rückfluss aus dem Gesundheitsfonds in die Region entsprechend.<sup>81</sup>

### **Zitat:** Subtile Form der Rationierung

Ebenso denkbar ist es, dass große regions- und länderübergreifende Krankenkassen mit einer insgesamt einkommensschwachen Versichertenschaft, die zugleich zumindest in einigen Teilgebieten ihres Erstreckungsgebietes morbiditäts- oder/und infrastrukturellbedingt eine erhöhte Erkrankungslast oder erhöhte Leistungsangebote und Leistungsabgaben haben eigentlich Zusatzbeiträge vor allen Versicherten hätten erheben müssen, dies aber allein schon wegen der allgemeinen Einkommensschwäche der Mitglieder und wegen der Härtefallregelung nicht konnten oder können. Solchen Kassen blieben oder bleiben dann nur die Erhebung noch höherer Zusatzbeiträge bei

<sup>78</sup> Vgl. AOK-Bundesverband (Hrsg.): Die Wirkungen der Härtefallregelung beim Zusatzbeitrag im Fondskonzept der Bundesregierung, Bonn 24.08.2006, S. 22

<sup>79</sup> Vgl. ebda., S. 22

<sup>80</sup> Vgl. Manouguian et al.: Finanzielle Auswirkungen des Zusatzbeitrages auf die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. (Hrsg.): Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Mai 2008, S. 6 ff.

<sup>81</sup> Dieses Szenario gilt keineswegs nur für Krankenkassen mit einem Erstreckungsgebiet, das durch einkommensschwache und krankheitsbelastete Mitgliedschaften gekennzeichnet ist. Dies gilt, wie etwa im Falle der AOK-München, gerade auch für Erstreckungsgebiete mit hohem Erwerbseinkommen aber auch dementsprechend erhöhten Leistungsausgaben. Die entsprechend hohen Beitragsaufkommen fließen ab, aber nur durchschnittliche Zuflüsse kommen zurück. Auch dies würde die Erhebung eines Zusatzbeitrages erfordern, wird aber bei Leistungsabbau enden und den Rückfluss in die Region mindern. –Vgl. Süddeutsche Zeitung, 08.07.2008

Zitat**Subtile Form der Rationierung**

„Die negativen Folgen werden durch die Münchner Situation verstärkt“, klagt Schurer<sup>\*)</sup> in einer Analyse zu den Auswirkungen des Gesundheitsfonds. „Denn hier gibt es ein sehr hohes Versorgungsangebot.“ Entsprechend lägen die Leistungsausgaben je Mitglied in München „deutlich höher als im Bundesdurchschnitt“. Während dies im Bund 2674 Euro je Mitglied betragen, sind es in München nach einer Studie mehr als 4000 Euro. Bislang sicherte den Münchner Kassen das bessere Verdienstniveau in der Stadt wenigstens auch höhere Einnahmen. Doch diese höheren Beiträge fließen künftig in den Gesundheitsfonds. Weil aber daraus nur eine einheitliche Grundpauschale je Versicherten an die Kassen geht, werden sich die Probleme massiv verschärfen, befürchtet Schurer. Zwar hätten die Krankenkassen die Möglichkeit, zusätzlich zu dem künftig vom Staat für alle Kassen bundeseinheitlich festgesetzten Beitragssatz einen eigenen zusätzlichen Beitrag zu erheben, wenn sie mit der Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds nicht zurechtkommen. Nach Schurers überschlägiger Rechnung müsste der bei rund 20 Euro pro Monat liegen. Aber weil es eine Härtefallregelung gibt, seien im Schnitt nicht mehr als 15 Euro zu erwarten. Doch gelten Zusatzbeiträge als unpopulär. Auch mache die verschärfte Wettbewerbssituation diesen Schritt fast unmöglich. So blieben dann nur Einsparungen bei den Kosten. Dazu müssten die Kassen dann vor allem sogenannte Satzungs- und Mehrleistungen abbauen, also alle freiwilligen Leistungen. Dies träfe die Ärzte, die mit Honorareinbußen rechnen müssten, etwa bei den Hausbesuchen, aber auch die Versicherten: So wäre die Haushaltshilfe für Kranke in Gefahr, ebenso wie etwa die von der AOK eingeführte mobile zahnmedizinische Betreuung in den Altenpflegeheimen. Schurer sieht deshalb in dem Gesundheitsfonds eine „subtile Form der Rationierung“ von Gesundheitsleistungen.

<sup>\*)</sup> Robert Schurer, Direktion München der AOK Bayern  
Quelle: Süddeutsche Zeitung, 8. Juli 2008

den leistungsfähigen Mitgliedern, d.h. eine Erhöhung der Abschöpfung in allen Teilen des Erstreckungsgebietes oder ein flächendeckender Abbau von freiwilligen Leistungen, sozusagen eine Querüberwälzung von Leistungsabbau, bei dem im gesamten Erstreckungsgebiet die Zahlungsrückflüsse verringert werden.<sup>82</sup> Sofern der Leistungsabbau nur in Teilgebieten erfolgt, ist er dort dann entsprechend merklicher und nicht nur im berichteten Fall einer regionalen Kasse mit dieser Problemlage.

Hinsichtlich der Ausstattung von Ländern bzw. Regionen mit fiskalischen und parafiskalischen Finanzmitteln können durch Feststellung der Pro-Kopf-Salden zwischen Abflüssen in den Gesundheitsfonds und Zuflüssen aus der Umsatzsteuer Disparitäten zwischen Ländern bzw. Regionen ermittelt werden. Diese Disparitäten können außerdem durch Einbeziehung der tatsächlich in den Ländern verausgabten, d.h. der in diese Länder geflossenen Zahlungen für Gesundheitsleistungen (umsatzsteuerbereinigt) in diese Pro-Kopf-Salden bestimmt werden. Die zuflussvermindernden Wirkungen der Zusatzbeitrags- und Härtefallregelungen können zwar theoretisch ermittelt werden. Der hierfür erforderliche Aufwand macht es aber unwahrscheinlich, dass solche Ermittlungen angestellt werden.

Insgesamt ist es möglich, über die länder- und regionsspezifischen „Disparitäten“ in der Ausstattung mit fiskalischen und parafiskalischen Mitteln, die der Gesundheitsfonds bedingt, wegen des Volumens dieser Mittel auch die „Verarmungsrisiken“ der Länder bzw. Regionen zu beschreiben.

#### **III.4. Gesundheitsinfrastruktur als Risikoindikator für „Gesundheitsarmut“**

Wie sich gezeigt hat, sind es letztlich die Zahlungsrückflüsse für Gesundheitsleistungen, die gemessen an den Beitragsabflüssen in den Gesundheitsfonds darüber entscheiden, ob und inwieweit für einzelne Länder bzw. Regionen ausgeprägte Disparitäten bei der Ausstattung mit Fiskal- und Parafiskalmitteln gelten und damit für diese Länder bzw. Regionen als fiktiven Wirtschaftssubjekten von einem Verarmungsrisiko bzw. einer Armutssituation gesprochen werden kann.

Ein, wenn nicht der entscheidende Faktor für die Beantwortung der Frage, ob ein Land bzw. eine Region bei den von der zentralen Beitragsabschöpfung in den Gesundheitsfonds dominierten und durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität budgetierten

---

<sup>82</sup> Vgl. Verband der Angestellten-Krankenkassen. (Hrsg.): A.a.O., S. 5

Zahlungsrückflüssen ein erhöhtes Disparitäten- bzw. Verarmungsrisiko aufweist, ist dessen Ausstattung mit Leistungsanbietern wie bspw. Arztpraxen und Krankenhäuser.<sup>83</sup> Ebenso bedeutsam ist dann deren Aufgliederung hinsichtlich Einkommensniveau und Umsatzniveau bzw. Zunahme- oder Abnahmetendenz etc.

### **III.4.1. Arztpraxen als Faktoren für Rückflüsse**

Nachfolgend werden einige Unterscheidungsmerkmale der Aufgliederung der Leistungsanbietergruppe Arztpraxen erörtert.

#### **III.4.1.1. Arztgruppen nach Einkommen und Ausstattungsichte**

Die Kostenstatistik der Niedergelassenen Ärzte erlaubt bei regionalisierter Darstellung der unterschiedlichen Arztgruppen-Anteile eine Abschätzung der arztgruppenabhängigen Rückflüssestärke in die Länder bzw. Regionen.

**Übersicht:** Einkommen der Niedergelassenen Ärzte nach Arztgruppen 2003

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt für die Rolle der Niedergelassenen Ärzte als Faktor für die Rückflüsse aus dem Gesundheitsfonds ist deren Ausstattungsichte. In Ländern oder Regionen mit deutlich niedrigerer Ausstattungsichte mit Niedergelassenen Ärzten überhaupt können diese c.p. auch nur weniger Leistungen erbringen und abrechnen. Mögliche Korrekturen durch höhere Anteile von einkommensstärkeren Arztgruppen an einer insgesamt niedrigeren Ausstattung mit Arztpraxen sind dabei zu berücksichtigen.

**Karte:** Kassenärzte in Deutschland

#### **III.4.1.2. Arztgruppen nach Bestandsentwicklung**

Breiten Raum nimmt seit einigen Jahren die regional unterschiedliche Altersentwicklung und damit das erwerbsdemografisch bedingte regional unterschiedliche Ausscheiden bei den Niedergelassenen Ärzten ein.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> In der Gesundheitsökonomie wird seit langer Zeit die Frage der Arztl- bzw. Betten- dichte-Morbidität untersucht und erörtert, d.h. die Frage, ob und inwieweit die Höhe der Inanspruchnahme von Arzt- und Krankenhausbehandlung Ursache oder bzw. Folge der Höhe der Ausstattung eines Raumes und seiner Bevölkerung mit Arztpraxen bzw. Krankenhäusern ist.

<sup>84</sup> Vgl. Klose et al.: Ärztemangel-Ärztenschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung. (Hrsg.): Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn 2003

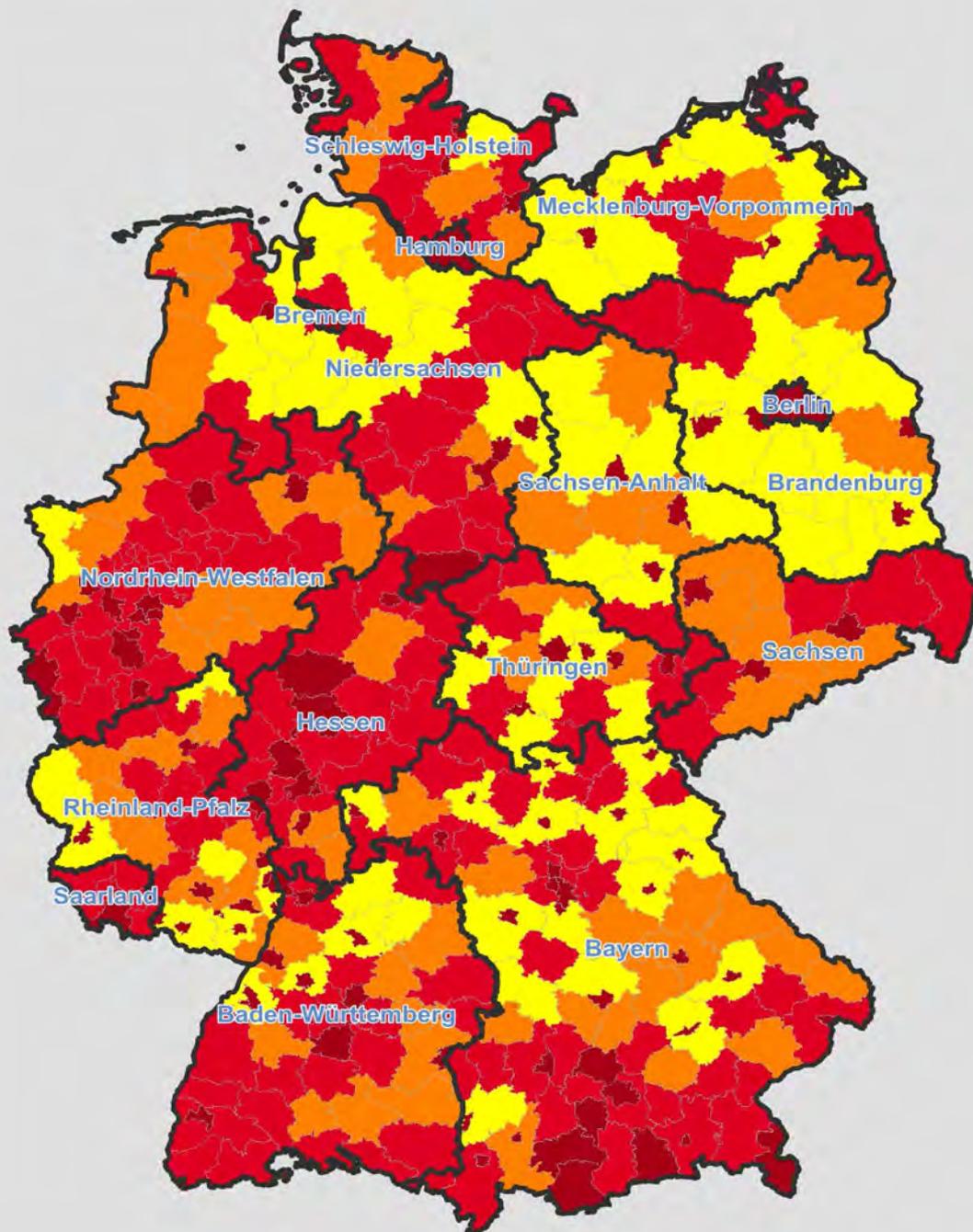
Übersicht

## Einkommen der Niedergelassenen Ärzte nach Arztgruppen 2003

Einkünfte	Jahresertrag je Praxisinhaber bzw. Gemeinschaftspraxen
Arztgruppen	EUR <sup>*)</sup>
Radiologen	229.000
Orthopäden	195.000
Augenärzte	183.000
Internisten	169.000
Gynäkologen	169.000
Urologen	169.000
Chirurgen	152.000
HNO-Ärzte	149.000
Hautärzte	133.000
Neurologen, Psychologen	127.000
Kinderärzte	120.000
Allgemeinärzte	104.000

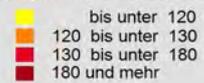
<sup>\*)</sup> Aktuellste verfügbare Zahlen  
Quelle: Süddeutsche Zeitung, 27.08.2008

## Kassenärzte in den Regionen Deutschlands



© Studiengruppe für Sozialforschung  
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz  
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-  
 und Raumforschung im Bundesamt für  
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Kassenärzte  
 je 100.000 Einwohner



Zusammen mit der unterschiedlichen Wiederbesetzungsaussicht ergeben sich hier in bestimmten Regionen in den nächsten Jahren deutliche Ausstattungsrückgänge.<sup>85</sup> Für die Beurteilung der Arztausstattung in den Ländern und Regionen als Faktor für die Zahlungsrückflüsse ist es daher sinnvoll, die Altersstruktur der Niedergelassenen Ärzte insgesamt und nach Arztgruppen heranzuziehen.

**Übersicht:** Anteil älterer Ärzte nach Arztgruppen und Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder 2005

Hier zeigt sich bspw., dass die hoch verdienenden Radiologen einen deutlich niedrigeren Älterenanteil als die niedrig verdienenden Allgemeinärzte aufweisen, d.h. die Rückflüsse in die Länder und Regionen stabiler garantieren als die Allgemeinärzte. Ob diese Schlüsselstellung der Radiologen gesundheitspolitisch und versorgungsepidemiologisch erstrebenswert ist, steht auf einem anderen Blatt.

### III.4.1.3. Arztgruppen nach Substitutionsrisiko

Ein zentrales Thema des gesundheits- und sozialpolitischen Dauerkonflikts zwischen den Verbänden der Hausärzte, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassenverbänden und einigen Landesregierungen ist die von einigen Großkassen angestrebte Substitution zumindest von Teilen des Tätigkeitsspektrums von Hausärzten durch Call-Center-Beratungssysteme.<sup>86 87</sup>

**Schaubild:** Kommen die Heuschrecken? Das Spiel beginnt

**Schaubild:** Das perfekte System: Das System wird abgesaugt

Regional unterschiedlich interessant ist an solchen Szenarien der Gesichtspunkt, ob inwieweit und wie lange die bislang mit Ausnahme des Apotheken- und Arzneimittelbereiches<sup>88</sup> vorrangig freiberuflich-nahversorgende praxisärztliche Anbieterstruktur noch als Faktor von

<sup>85</sup> Vgl. ebda., S. 189

<sup>86</sup> Vgl. Süddeutsche Zeitung, 06.05.2008

<sup>87</sup> Eine „Schneise“ in den Zuständigkeitsbereich der Hausärzte stellen dabei Gebiete mit Unterversorgung dar. Mobile Praxisassistenten bzw. Arzthelfer können mittlerweile in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen ärztliche Tätigkeiten wie Blutdruck messen, Injektionen geben, Hausbesuche durchführen, Vorsorgegespräche führen oder Therapien überwachen, ausüben wenn das im Auftrag eines Hausarztes geschieht. – Vgl. Kennzeichen BKK, Essen 2/2008, S. 3

<sup>88</sup> Die Auseinandersetzungen um die Zulassung von Versandhandel-Apotheken zeigen, dass im Arzneimittelbereiche nicht mehr nur die Produktion, sondern auch schon die Distribution Zentralisierungstendenzen aufzeigt.

## Übersicht

## Anteil älterer Ärzte nach Arztgruppen und Kassenärztlichen Vereinigungen 2005

Kassenärztliche Vereinigung	Ärzte im Alter von 60 und mehr Jahren an allen Ärzten	
	Prozent	
	Hausärzte <sup>**)</sup>	Radiologen
<b>Baden-Württemberg</b>	17,1	12,0
<b>Bayern</b>	16,5	9,2
<b>Berlin</b>	26,4	16,0
<b>Brandenburg</b>	30,4	14,9
<b>Bremen</b>	15,7	20,0
<b>Hamburg</b>	18,3	19,8
<b>Hessen</b>	15,5	10,8
<b>Mecklenburg- Vorpommern</b>	28,2	13,3
<b>Niedersachsen</b>	16,0	11,1
<b>Nordrhein u. Westfalen-Lippe</b>	15,6	16,4
<b>Rheinland-Pfalz</b>	17,3	9,3
<b>Rheinland-Pfalz</b>	14,6	13,7
<b>Saarland</b>	14,7	2,8
<b>Sachsen</b>	31,1	9,1
<b>Sachsen-Anhalt</b>	29,1	13,1
<b>Schleswig-Holstein</b>	20,5	11,2
<b>Thüringen</b>	32,4	12,9
<b>Gesamt</b>	<b>19,2</b>	<b>12,4</b>

<sup>\*)</sup> Ausgewählte Arztgruppen

<sup>\*\*)</sup> Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten  
Quelle: Klose et al. (Hrsg.): *Ärztatlas*, (Hrsg.): Wissenschaftliches Institut des  
Ortkrankenkassen, Bonn 2007



# Kommen die Heuschrecken? Das Spiel beginnt



Vertrag zur Behandlung  
chronisch Kranker

DAK

Healthways AG

Investoren  
z.B. Pharma

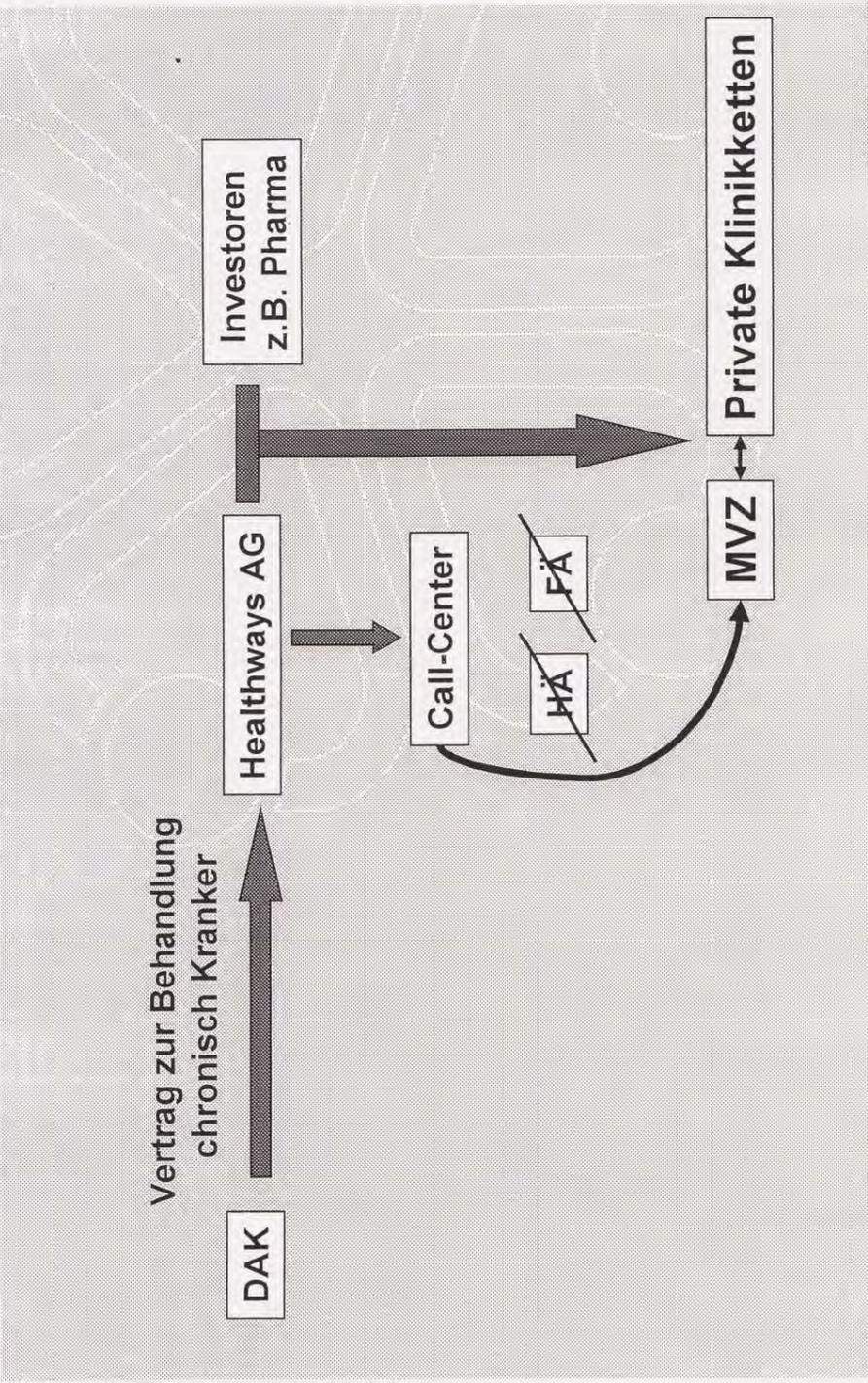
Call-Center

~~HÄ~~

~~FÄ~~

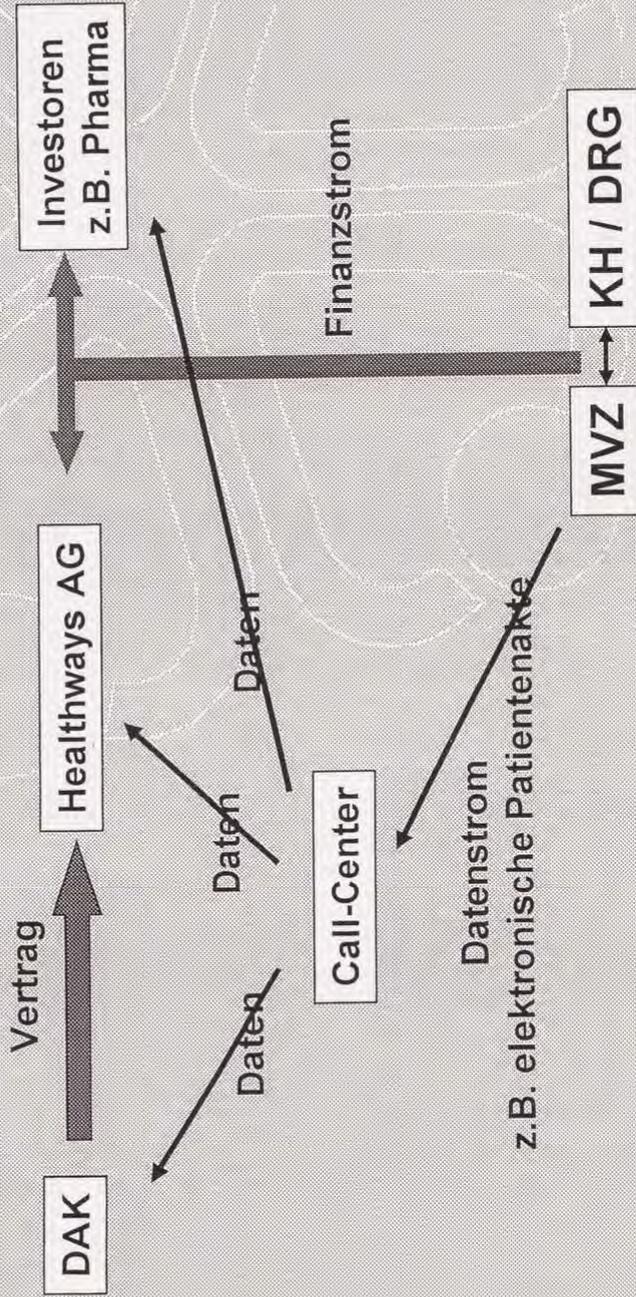
MVZ

Private Klinikketten



Das perfekte System

Das System wird abgesaugt.



Zahlungsrückflüssen in die Länder bzw. in die Regionen betrachtet werden kann. Für eine aktuelle Untersuchung der sich aus dem Gesundheitsfonds ergebenden Regionaldisparitäten bzw. Verarmungstendenzen für diese Länder bzw. Regionen sind diese Entwicklungen im Augenblick unbeachtlich.

### **III.4.2. Krankenhäuser als Faktoren für Rückflüsse**

Nachfolgend werden einige Unterscheidungsmerkmale der Aufgliederung der Leistungsanbietergruppe Krankenhäuser erörtert.

#### **III.4.2.1. Krankenhausgruppen nach Fallkosten und Ausstattungsdichte**

Die Kostenstatistik der Krankenhäuser erlaubt bei regionalisierten Darstellungen der unterschiedlichen Krankenhausgruppen-Anteile eine Abschätzung der krankenhaushausgruppenabhängigen Rückflusstärke in die Länder bzw. Regionen.<sup>89</sup>

**Übersicht:** Fallkosten der Allgemeinkrankenhäuser nach Krankenhaus-Größenklassen 2001

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt für die Rolle der Krankenhäuser als Faktor für Rückflüsse aus dem Gesundheitsfonds ist deren Ausstattungsdichte gemessen in Betten. In Ländern bzw. Regionen mit deutlich niedrigerer Ausstattungsdichte mit Krankenhausbetten überhaupt können c.p. auch nur weniger stationäre Behandlungsfälle erbracht und abgerechnet werden. Mögliche Korrekturen durch höhere Anteile der fallkostenhöheren großen Krankenhäuser an einer insgesamt niedrigeren Ausstattung mit Krankenhausbetten sind dabei zu berücksichtigen.

**Karte:** Krankenhausbetten in Deutschland

#### **III.4.2.2. Krankenhäuser nach Bestandsentwicklung**

Breiten Raum nimmt seit langen Jahren der regional unterschiedliche Bettenabbau und dessen Beschleunigung durch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen ein. Zusammen mit dem politisch suspendierten Selbstkostendeckungsprinzip der Krankenhäuser wird nun auch eine Suspendierung der Sicherstellung der

---

<sup>89</sup> Bei der kostenbezogenen Unterscheidung von Krankenhausgruppen zeigt das Gruppenmerkmal „Größe=Bettenzahl“ die größeren Unterschiede gruppenspezifischer Kosten als etwa des Gruppenmerkmal „Trägerschaft“. – Vgl. Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Stuttgart 2004, S. 337

Übersicht

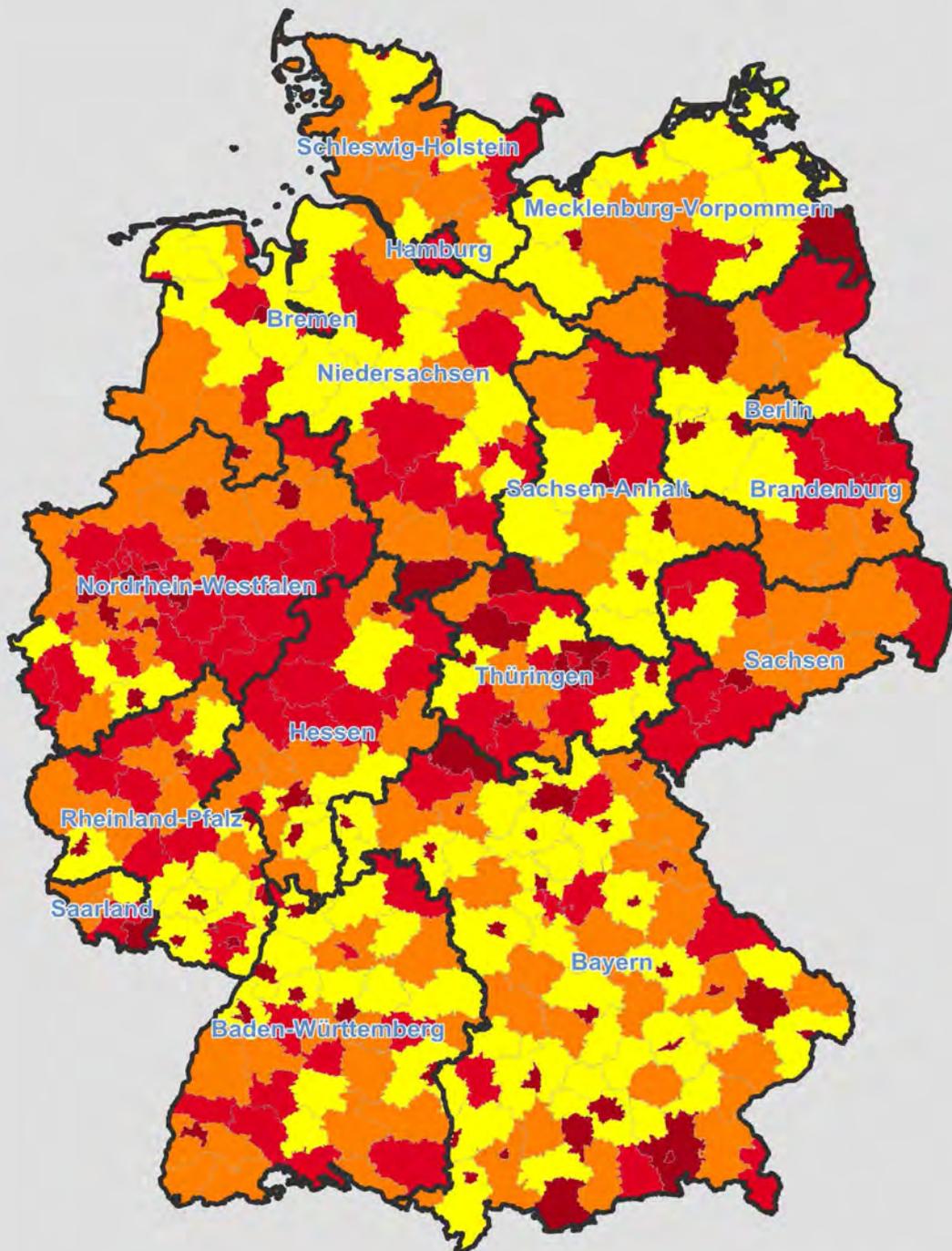
## Fallkosten der Allgemeinkrankenhäuser nach Krankenhaus-Größenklassen 2001

Fallkosten Krankenhaus- Größenklassen <sup>*)</sup>	Bereinigte Kosten je Fall EUR
Unter 100 Betten	2.508,00
100-200 Betten	2.764,00
200-500 Betten	2.802,00
500 und mehr Betten	3.637,00
Alle Größenklassen	3.117,00

<sup>\*)</sup> Allgemein-Krankenhäuser

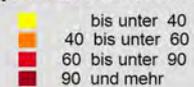
Quelle: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Stuttgart 204, S. 337

## Krankenhausbetten in den Regionen Deutschlands



© Studiengruppe für Sozialforschung  
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz  
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-  
 und Raumforschung im Bundesamt für  
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Krankenhausbetten  
 je 10.000 Einwohner



Krankenhausversorgung durch die Länder auf dem Wege von Krankenhausplanung und Investitionsförderung angestrebt. Stattdessen sollen die Krankenkassen die Investitionskosten für die Krankenhäuser in Form von Zuschlägen zu der Fallpauschalen übernehmen. Mit massivem Betten- und Standortabbau in peripheren Regionen wird gerechnet. Für die Beurteilung der Krankenhausausrüstung in den Ländern bzw. Regionen als Faktor für die Rückzahlungsrückflüsse ist es daher sinnvoll, die Insolvenzrisiken der Krankenhäuser nach betroffenen Betten in den Ländern bzw. Regionen heranzuziehen.

**Karte:** Insolvenzrisikante Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen

Hier zeigt sich, dass durch den drohenden Wegfall von Betten bspw. im Ruhrgebiet dort schon bestehende regionale Disparitäten und auch soziale Armutslagen massiv verschärft werden.

### III.4.2.3. Krankenhausleistungen nach Substitutionsrisiko

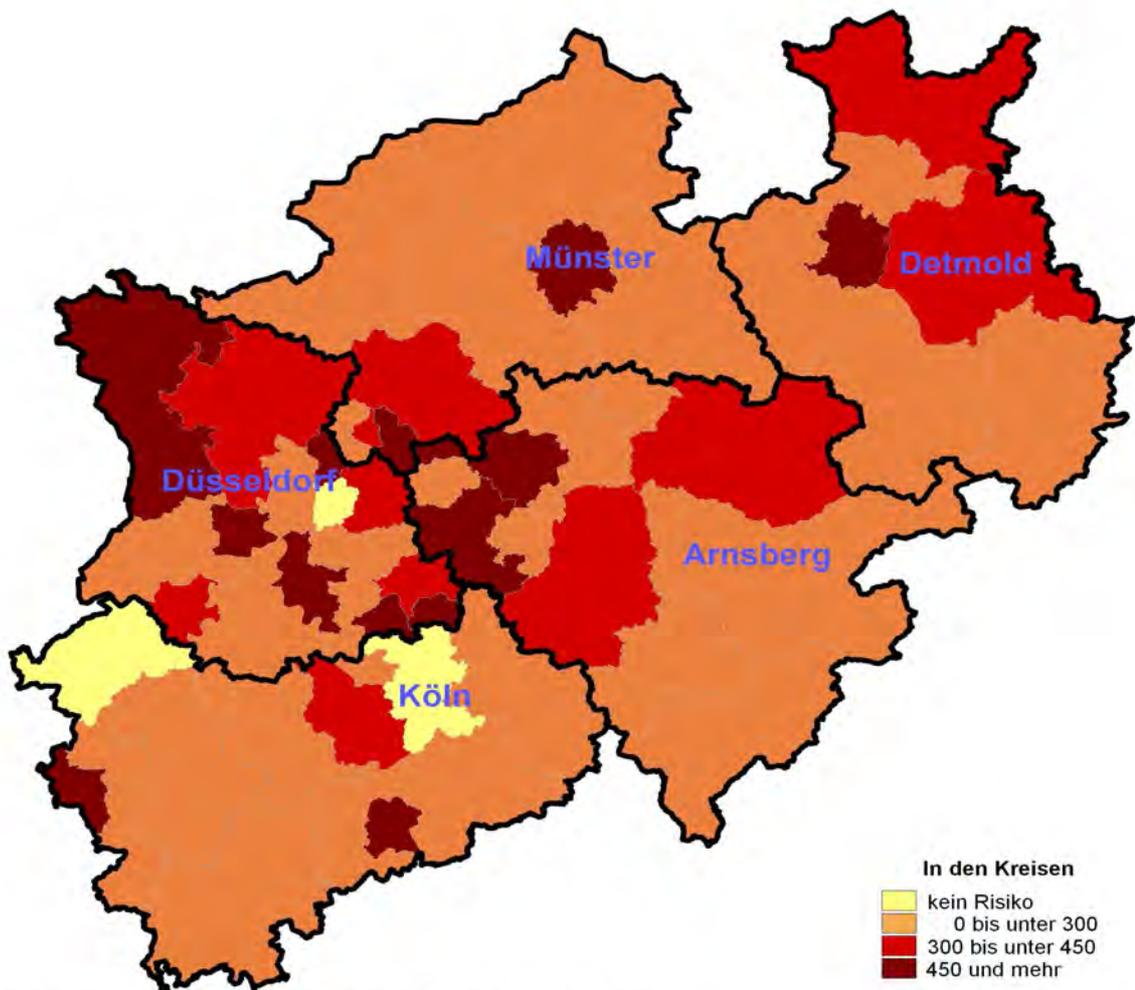
Anhaltend werden die Möglichkeiten einer Aufspaltung und Ersetzung der traditionell vollstationären medizinisch-pflegerischen Krankenhausleistungen durch teilstationäre und ambulante medizinisch-pflegerische Leistungen, in medizinische und medizinferne Leistungen, in akutmedizinische, rehamedizinische und pflegende Leistungen etc. diskutiert.

Soweit es dabei um eine Auslagerung von nichtmedizinischen Leistungen in eigene Niedriglohnfirmen, zur Auslagerung von Akutkrankenhausleistungen in Rehakliniken und Pflegeheime oder an Pflegedienste geht ist damit stets die Möglichkeit einer absoluten und relativen Verringerung der „Fallkosten“, d.h. auch der Rückflüsse über die Krankenhäuser verbunden. Insgesamt können allerdings die Gesamtfallkosten aller mit einem Fall befassten Leistungserbringer steigen.

**Übersicht:** Umschichtung von Akutbetten in Rehabetten

Für eine aktuelle Untersuchung der sich aus dem Gesundheitsfonds ergebenden Regionaldisparitäten bzw. Verarmungstendenzen für die Länder bzw. Regionen sind diese Entwicklungen im Augenblick unbeachtlich.

## Insolvenz- und Privatisierungsrisiko von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen 2005\*



\* Von Insolvenz oder Privatisierung bedrohte Krankenhaus-Betten (Konvergenz-Verlierer) je 100.000 Einwohner.

Datenquelle: Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006, Stuttgart 2007.

©  
Studiengruppe für Sozialforschung e.V.  
Karte  
Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz

## Umschichtung von den Akutkrankenhäusern zu den Rehakliniken in Deutschland 1991 - 2005

Einrichtungen	Anteile an allen aufgestellten Betten Prozent	
	1991	2005
Akut-Krankenhäuser	82,2	75,0
Reha-Kliniken	17,8	25,0

Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt: Stationäre Versorgung 1991 bis 2005, Wiesbaden 2006.

©

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

### **III.5. Beschäftigungsstruktur als Risikoindikator für „Gesundheitsarmut“**

Bei einem System einheitlicher Beitragssätze und unterschiedlicher Leistungsdichte, d.h. Ausstattungsdichten mit Leistungsabrechnern wie Arztpraxen und Krankenhäusern entscheidet zunächst diese unterschiedliche Gesundheitsinfrastruktur darüber, ob Regionen proportional zum Entzug von Finanzmitteln in Form von Beiträgen auch wieder Zufluss an Finanzmitteln in Form von Leistungsausgaben erhalten. Dabei kann es dann sein, dass wirtschaftsschwache Regionen zwar im gleichen Maße wie wirtschaftsstarke Regionen mit Beiträgen belastet werden, aber wegen schwacher Gesundheitsinfrastruktur nur unterschiedlich an den Leistungen partizipieren.

An dieser Stelle ist es notwendig auch noch die möglichen Variationen bei der Beitragsbelastung zu berücksichtigen. So gilt zwar seit dem Gesundheitsfonds ein einheitlicher Beitragssatz für die Gesetzliche Krankenversicherung. Dieser differiert in seiner Aufkommenswirkung allerdings in Abhängigkeit von der unterschiedlichen Höhe der Arbeitnehmerentgelte insgesamt, in Abhängigkeit von der Dichte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten überhaupt und von der Dichte der nur teilzeit-versicherungspflichtigen Beschäftigten. Weiter spielt auch noch die Dichte der Langzeitarbeitslosen an den Erwerbsfähigen eine Rolle. Insbesondere die Dichte der Geringfügigbeschäftigten ist dafür wesentlich, ob mehr Leistungszuflüsse als Beitragsabflüsse für eine Region gelten.

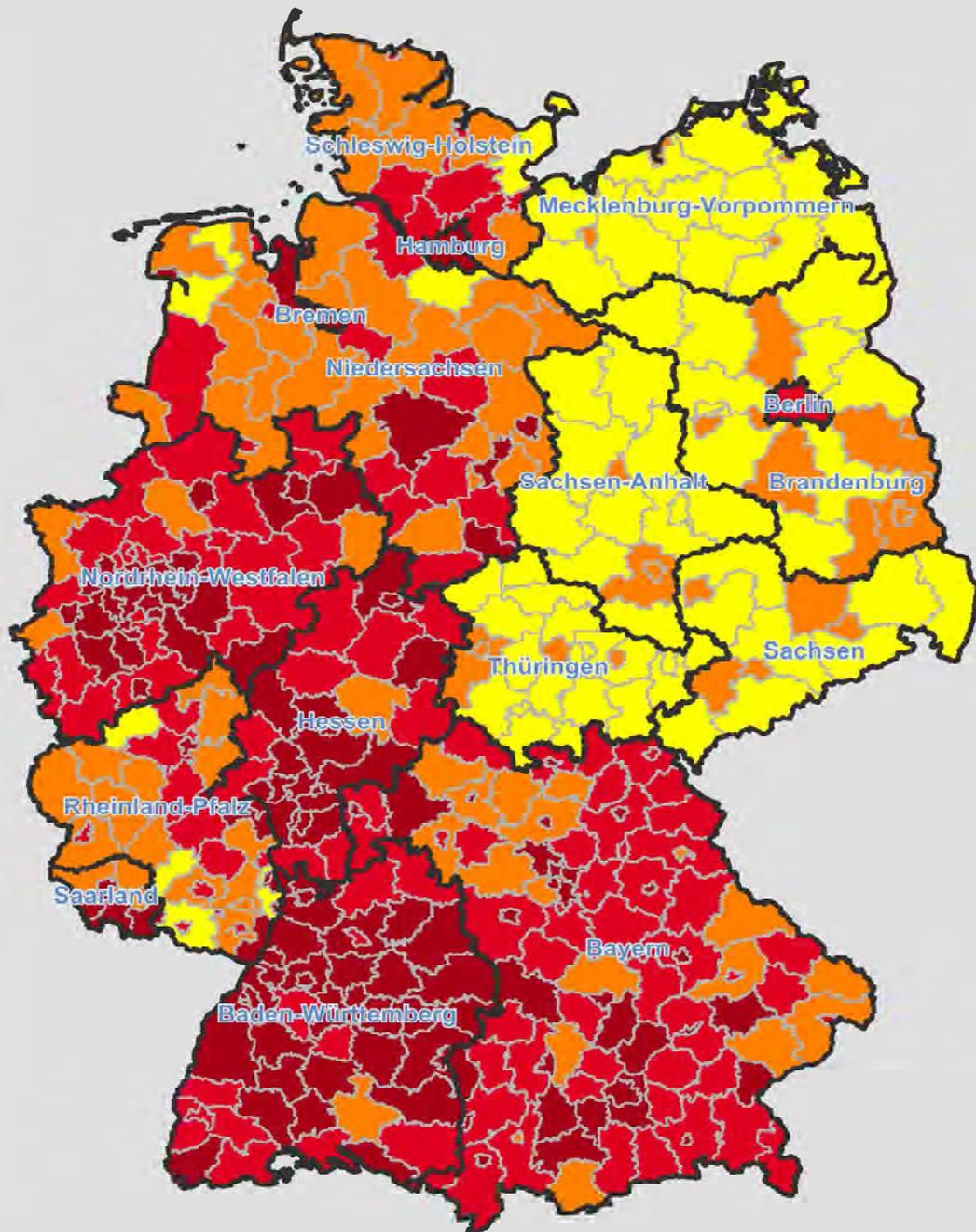
#### **III.5.1. Arbeitnehmerentgelte und Beschäftigungshäufigkeit als Faktor für Abflüsse**

Grundlage für die nunmehr einheitliche Beitragsabschöpfung zur Krankenversicherung aus den Regionen ist die Höhe der Arbeitnehmerentgelte je Arbeitnehmer, die zwischen den ost-, nord-, west- und süddeutschen Regionen erkennbar differiert.

**Karte:** Beitragsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands

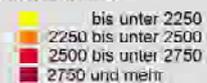
Dabei ist neben der Höhe der Arbeitnehmerentgelte auch noch die Häufigkeit von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung für das Abfließen von Beitragsmitteln aus den Regionen entscheidend. Hier zeigen die Regionen im Süden einschließlich Rheinland-Pfalz, Hessen und Thüringen die höheren Werte.

## Beitragsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands



© Studiengruppe für Sozialforschung  
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz  
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-  
und Raumforschung im Bundesamt für  
Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Arbeitnehmerentgelte  
in Euro je Arbeitnehmer



**Karte:** Beitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands

Betrachtet man die unterschiedliche regionale Häufigkeit von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung noch unter dem Gesichtspunkt, ob es sich hierbei um Teilzeit bzw. Leiharbeit handelt, häufen sich diese beiden Beschäftigungsformen mit denen tendenziell niedrigere Arbeitsentgelte bzw. Beitragsaufkommen verbunden sind erkennbar im Osten und Nordwesten Deutschland.

**Karte:** Niedrigbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands (Teilzeitarbeit)

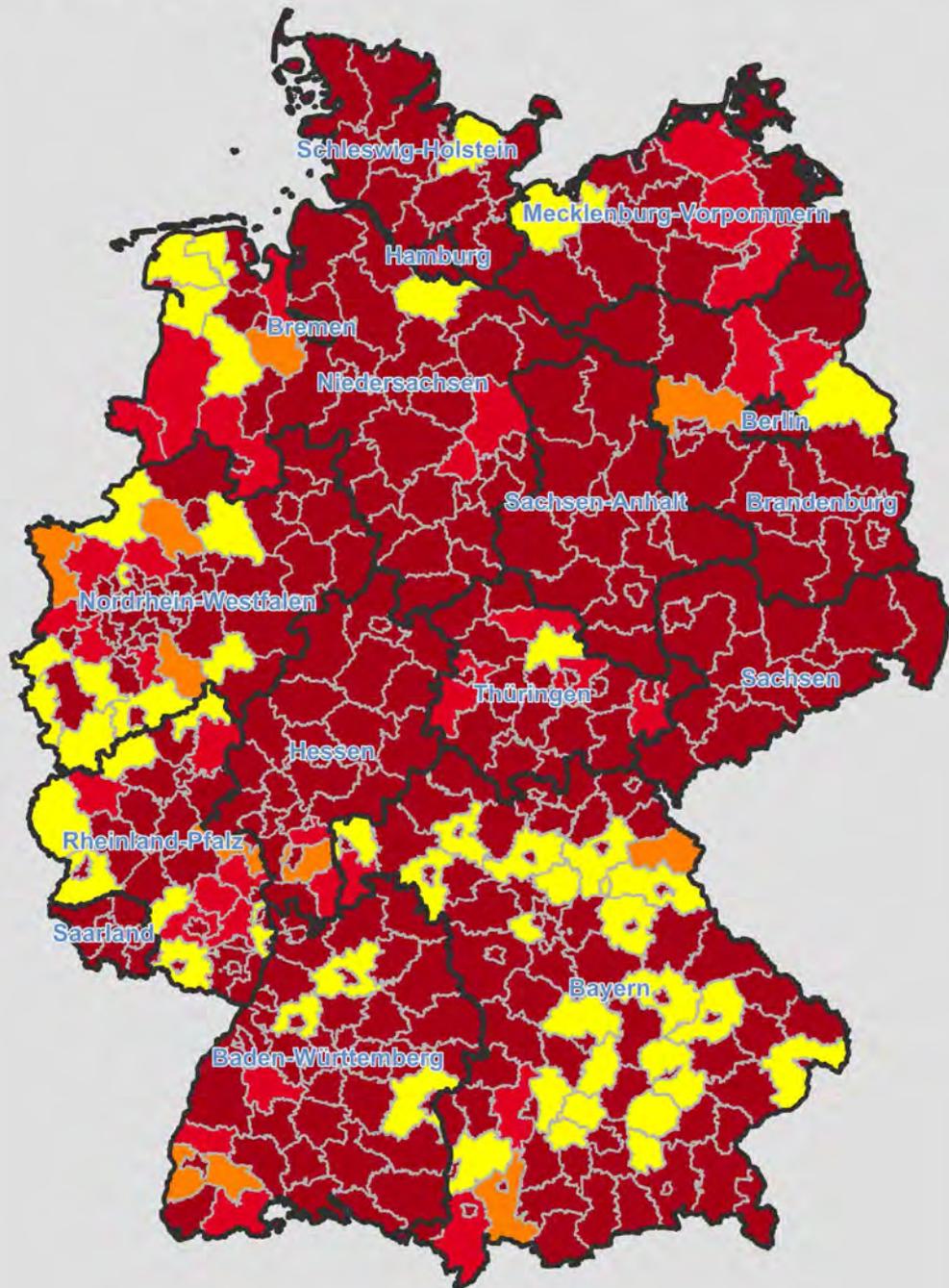
### **III.5.2 Langzeitarbeitslosigkeit und Geringfügigarbeit als Faktor für Zuflüsse**

Bei Langzeitarbeitslosen und deren Bedarfsgemeinschaften, die Leistungen der Grundsicherung nach SGB II beziehen bezahlt die Bundesagentur für Arbeit Beiträge zur Krankenversicherung, die nach übereinstimmender Aussage der Experten weit unter dem tatsächlichen Leistungsbedarf der Versicherten liegen. Dies führt bei Regionen mit hoher SGB II-Quote an der Bevölkerung zu unfreiwilligen verdeckten Transferumverteilungen aus den anderen Regionen in diese armutsgeprägten Regionen mit ihrer Häufung in den neuen Bundesländern.

**Karten:** Unterbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands

Bei den derzeit ca. 7,2 Millionen Geringfügigbeschäftigten, von denen ca. 4,9 Millionen ausschließlich geringfügig beschäftigt sind, zahlt der Arbeitgeber allenfalls und mehrheitlich keine Krankenversicherungsbeiträge nur eine Pauschale für Sozialversicherung und Lohnsteuer. Auch hier ist davon auszugehen, dass der tatsächliche Leistungsbedarf höher ist als die Beitragsaufkommen. Dies führt bei Regionen mit hoher Geringfügigbeschäftigungsdichte zu unfreiwilligen Transfers aus den anderen Regionen in diese Regionen, die sich in den alten Bundesländern häufen.

## Beitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands

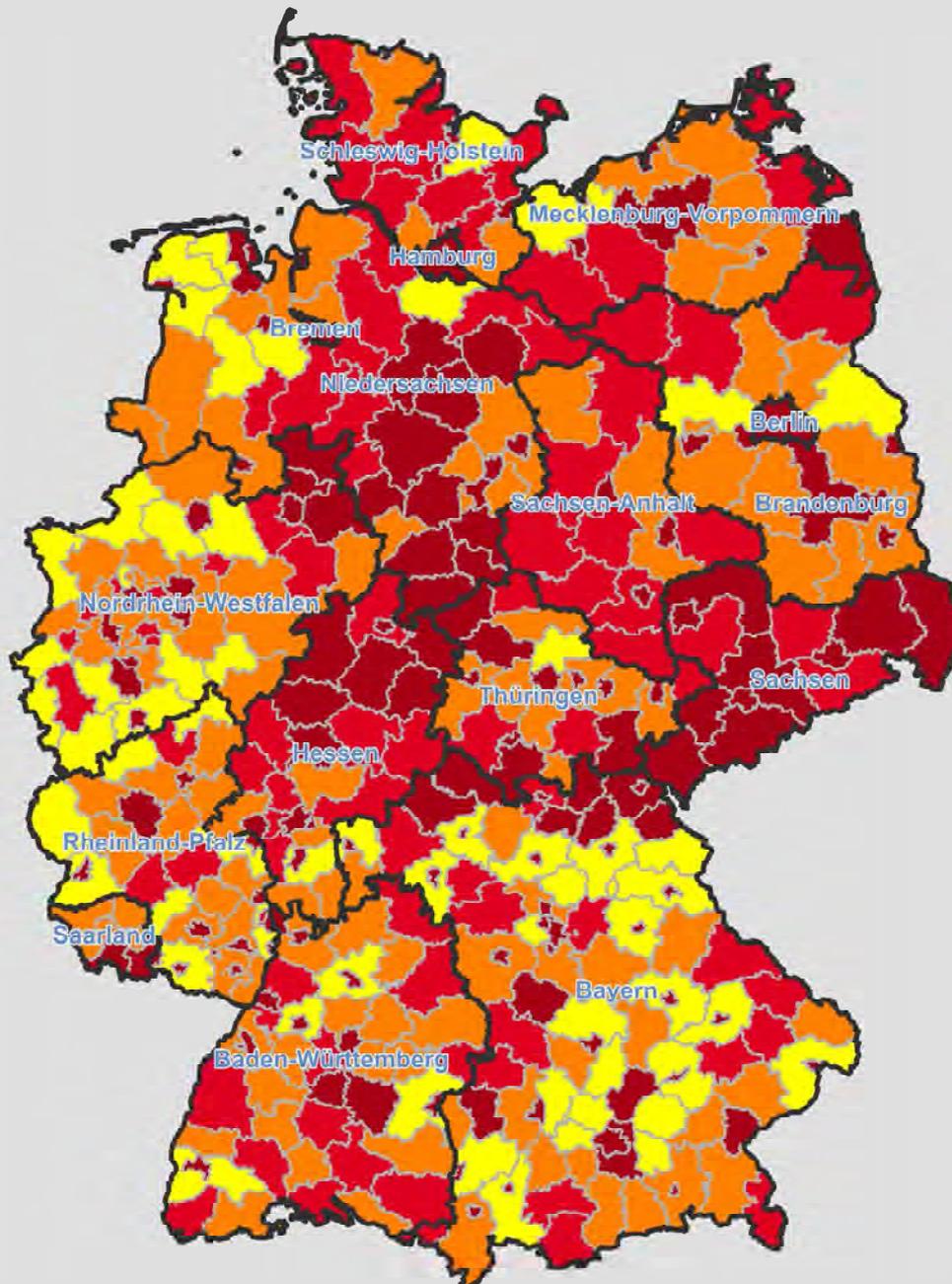


Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Wohnort  
je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter

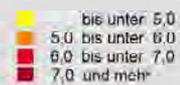
© Studiengruppe für Sozialforschung  
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz  
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-  
und Raumforschung im Bundesamt für  
Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

■ bis unter 47,5  
■ 47,5 bis unter 50,0  
■ 50,0 bis unter 52,5  
■ 52,5 und mehr

## Niedrigbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands

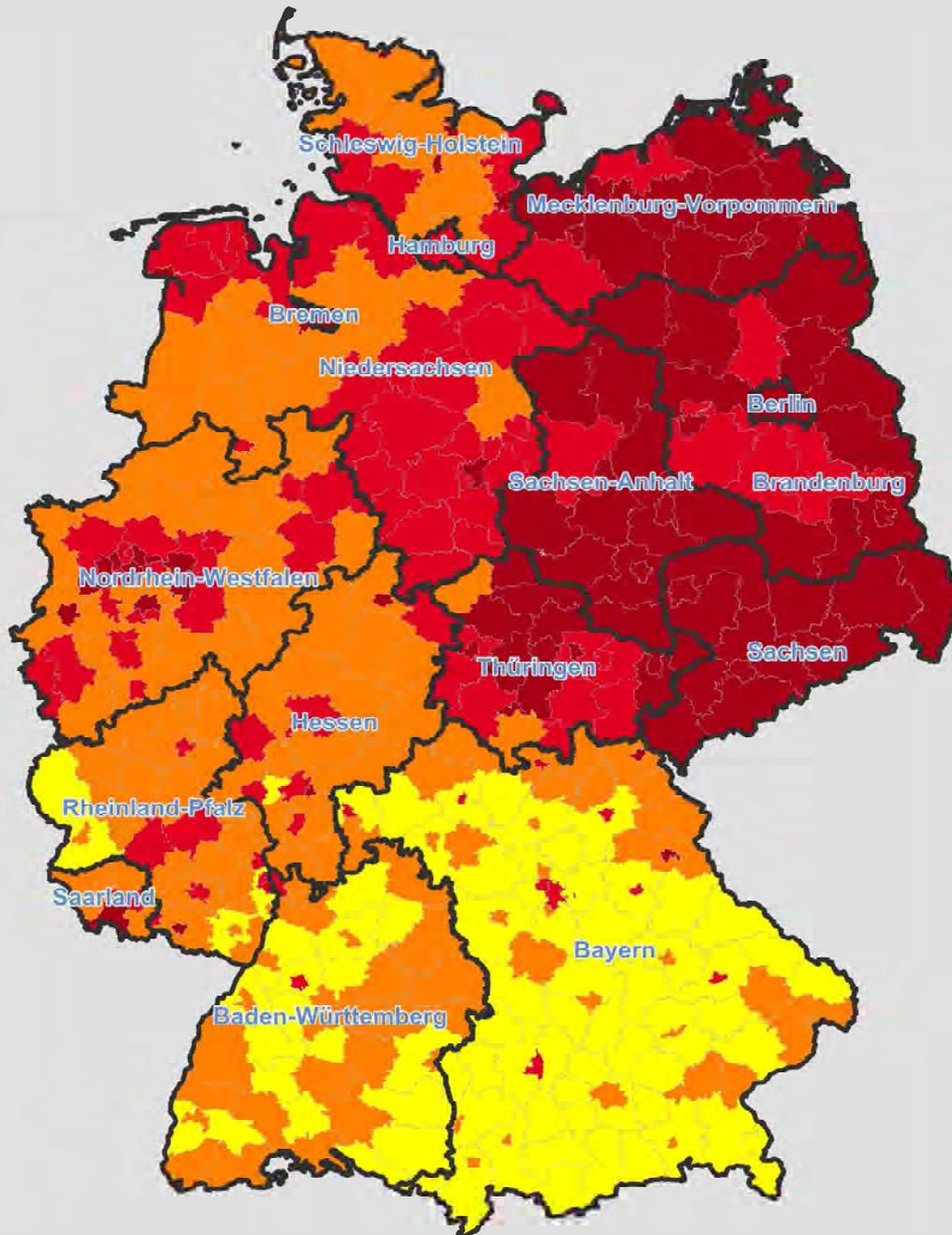


Sozialversicherungspflichtig Teilzeit-Beschäftigte am Wohnort  
je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter



© Studiengruppe für Sozialforschung  
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz  
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-  
und Raumforschung im Bundesamt für  
Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

## Unterbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands



Erwerbsfähige und nicht erwerbsfähige Personen im SGB II  
in Prozent der Einwohner unter 65 Jahren

© Studiengruppe für Sozialforschung  
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz  
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-  
und Raumforschung im Bundesamt für  
Bauwesen und Raumordnung Bonn, 2010.

■ bis unter 5,0  
■ 5,0 bis unter 10,0  
■ 10,0 bis unter 15,0  
■ 15,0 und mehr

**Karte:** Nichtbeitragszahler der Gesetzlichen  
Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands

### III.5.3 Soziale und regionale Disparitäten durch Krankenkassen- Struktur-Politik

Hier stellt sich dann die Frage der Legitimität verdeckter Transfers: Transfers in wirtschaftliche Regionen mit hohem Wertschöpfungsniveau, hohem Gesundheitsinfrastrukturniveau und hoher Kopfpauschalquote sind ohne Zweifel „parasitäre“ Transfers. Bei einer regionalisierten Gebietszuständigkeitsstruktur könnten solche verdeckten Transfers vermieden werden.

Bis heute ist die Doppelstruktur von Gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenversicherung mit einem nur unter den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten mit ihrer erhöhten Erkrankungslast und niedrigen Beitragskraft organisierten Sozialausgleich nicht bewältigt. Diese Doppelstruktur wird mittlerweile allerdings als Überlastung der Mittelschicht und Zweiklassenstaat diskutiert und skandalisiert.<sup>90</sup> Lösungsvorschläge wie etwa eine Bürgerversicherung werden diskutiert.

**Karte:** Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft in den Regionen  
Deutschlands

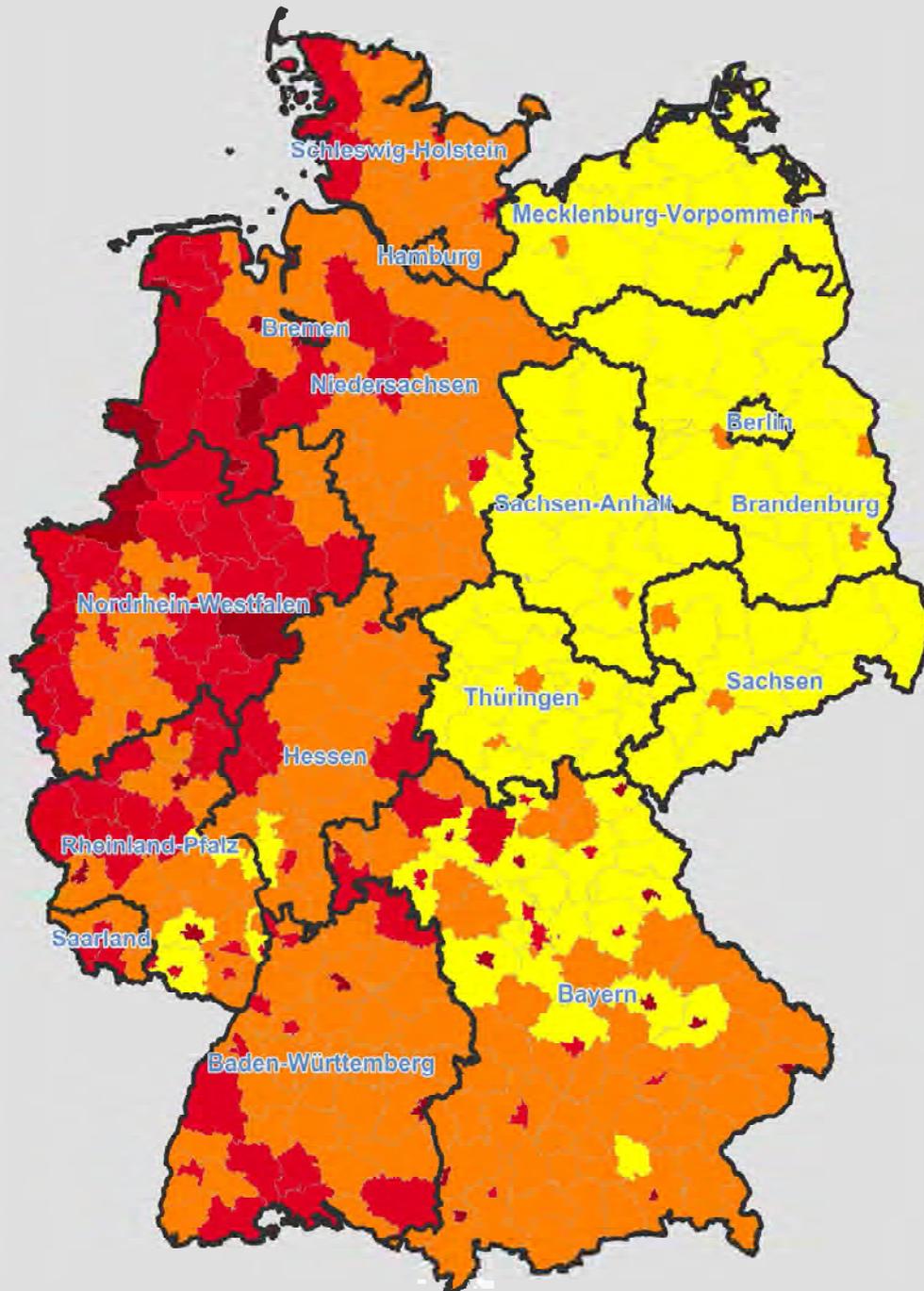
Zu einem der frühesten Themen von Verletzungen des Solidaritäts- und Gerechtigkeitszieles der sozialen Krankenversicherung bzw. der Forcierung sozialer Benachteiligung unter dem Vorwand sozialen Ausgleichs in der Krankenversicherung gehörte die soziale und finanzielle Ungleichheitsproduktion durch die unterschiedliche Zuweisung von „Arbeitern“ in die sogenannten RVO-Kassen (AOK, BKK, IKK etc.) und „Angestellten“ in die EK-Kassen (Ersatzkassen). Verbunden damit waren in der Tendenz höhere Beitragsbelastungen gerade der weniger verdienenden Arbeiter durch die erhöhten Krankheitsaufwendungen ihrer Kassen. Diese „Beitragssatzunterschiede“ waren Gegenstand von Untersuchungen und Verfassungsklagen.

Sozusagen auf das gesamte Kollektiv der in der Gesetzlichen Krankenversicherung erfassten Beitragszahler und Versicherten und damit

---

<sup>90</sup> Vgl. Lauterbach, Karl: Der Zweiklassen-Staat, Berlin 2007, S. 57 ff. bes. S. 85 ff. und Sauga, Michael: Wer arbeitet, ist der Dumme: Die Ausbeutung der Mittelschicht, München 2007

## Nichtbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands

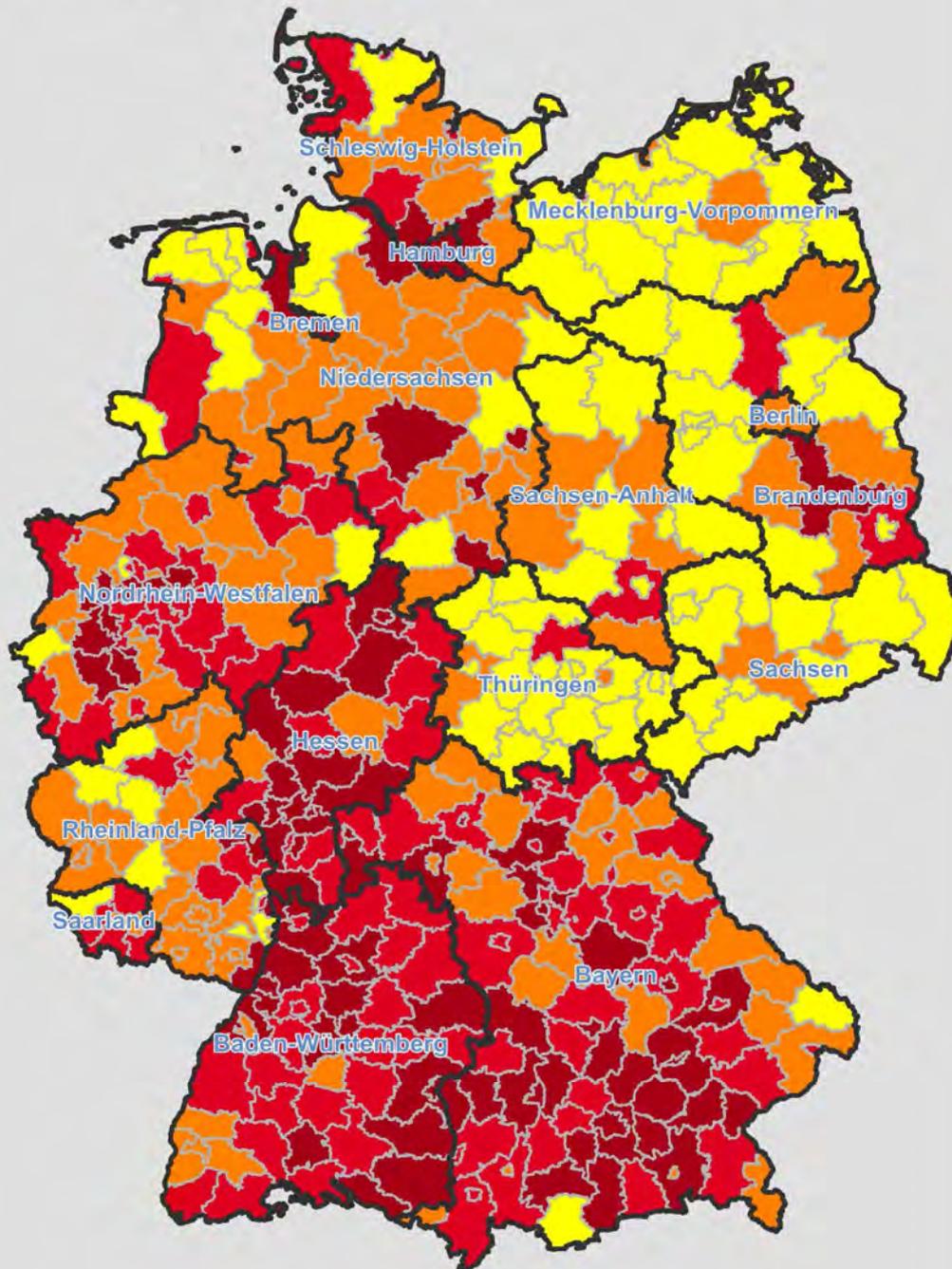


© Studiengruppe für Sozialforschung  
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz  
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-  
und Raumforschung im Bundesamt für  
Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Geringfügig Beschäftigte  
je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter

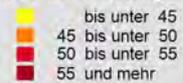
- bis unter 7,5
- 7,5 bis unter 10,0
- 10,0 bis unter 12,5
- 12,5 und mehr

## Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft in den Regionen Deutschlands



© Studiengruppe für Sozialforschung  
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz  
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-  
 und Raumforschung im Bundesamt für  
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Bruttowertschöpfung  
 in 1000 Euro je Erwerbstätigen



zunehmend merklich bei den wirtschaftlich schwächeren Beitragszahlern und Leistungsempfängern wirken die „Versicherungsfremden Leistungen“ sowie die „Verschiebebahnhöfe“, deren raumordnerische und regionalökonomische „Inzidenz“ bislang völlig unbeforscht geblieben ist. Demgegenüber ist die raumordnerische und regionalökonomische Inzidenz der im Zusammenhang der Reformgesetzgebung der späten neunzehnhundertachtziger und frühen neunzehnhundertneunziger Jahre sowie im Zusammenhang der Wiedervereinigung forcierten AOK-Zentralisierung vergleichsweise gut thematisiert.

Ursprüngliches Leitbild der Finanzströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung war der Ausgleich von Beitragsabschöpfungen und Leistungsrückflüssen auf der Ebene der Region - häufig Landkreise oder Kreisfreie Städte. Dies beschreibt ein Zitat aus dem AOK-Positionspapier des richtungweisenden Ortskrankenkassentages 1983:

*„Die AOK ist flächendeckend in der Bundesrepublik vertreten. Sie ist eingebunden in das regionale Gesundheitswesen und Wirtschaftsleben. Die Beiträge zur AOK entstammen der Region und verbleiben auch durchweg in der regionalen Wirtschaft.“<sup>91</sup>*

Dieses Leitbild verlor zunächst mit dem Strukturwandel der Arbeitsplätze hin zu einem stetig wachsenden Anteil der Angestelltenarbeitsplätze spätestens seit den sechziger Jahren und dem damit verbundenen Anwachsen zentral-bundesweiter Angestellten-Ersatzkassen zunehmend an Wirklichkeitsgehalt. Diese Tendenz verstärkte sich im Zuge der deutschen Wiedervereinigung durch die Gründung überregionaler Groß-AOKen in den neuen Bundesländern. Die zunächst eher eigengesetzliche, später dann durch die Politik regelrecht gedrängte<sup>92</sup> Konzentration der Krankenkassenkörperschaften hat diese vormalige enge regionale Koordinierung von Wirtschafts- und Beitragskraft, Erkrankungsgeschehen und Behandlungsbedarf sowie Ausstattung mit Arztpraxen, Krankenhausbetten etc. eliminiert. Dies kann an der Zahlenentwicklung von selbstständigen regional-gebietszuständigen Krankenkassenkörperschaften und selbstständigen Kommunalkörperschaften, d.h. Kreisen und Kreisfreien Städten

<sup>91</sup> Vgl. AOK-Bundesverband der Ortskrankenkassen ((Hrsg.): AOK-Partner der Versicherten und Arbeitgeber, Bonn Februar 1984, S. 50

<sup>92</sup> Im Zuge des Gesundheits-Strukturgesetzes von 1992 wurden die rechtlichen Grundlagen zur Zusammenlegung von AOKen deutlich verbreitet.

abgelesen werden. Während 1980 den rund 330 Kreisen und Kreisfreien Städten 1.300 selbstständige regionale Krankenkassen zugeordnet werden konnten, standen im Jahr 2005 den nach der deutschen Wiedervereinigung rund 440 Kreisen und Kreisfreien Städten nur noch 370 selbstständige Krankenkassen gegenüber.

Die regionale, in der Vergangenheit insbesondere kreiskommunale Ebene als kassenorganisatorische Ebene des Ausgleichs von Beitragsabschöpfung und Leistungsrückflüssen ist damit insoweit eliminiert, als mittlerweile ein Hauptteil der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung in zentralbundesweiten Angestellten-Ersatzkassen oder anderen länderübergreifenden oder bundesweiten Krankenkassen, bspw. der AOK Rheinland-Hamburg organisiert ist.

Auch die teilweise Anhebung dieses institutionell auf der Ebene von Teilgebieten organisierten Ausgleichs auf die Ebene der Länder, etwa in Gestalt der gegenwärtig 15 Landes-AOKen und 3 Landes-IKKen ist durch die Fusionierung von länderübergreifenden AOKen und IKKen bereits wieder überholt. Die Bundespolitik selbst strebt eine Konzentration der Gesetzlichen Krankenversicherung auf etwa 50 statt der gegenwärtig etwa noch 210 selbstständigen Krankenkassen an.

Endgültig beseitigt wird der institutionell auf der Ebene selbständiger regionaler Krankenkassen organisierte Ausgleich von Beitragsabschöpfung und Leistungsrückflüssen durch die Einführung des Gesundheitsfonds mit seinem System eines zentralen Einheitsbeitragssatzes einerseits und zentral festgelegten Pro-Kopfzahlungen mit Zuschlägen an die Krankenkassen andererseits. Hierdurch sind diese nur noch Einzugsstellen und Weiterzahler der Krankenversicherungsmittel, insbesondere der Gesundheitsfondsmittel. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist nunmehr durch zwei getrennte, zentral gesteuerte Finanzströme geprägt: Erstens durch den Finanzstrom der Beitragsabschöpfung aus den Regionen gemäß dem vom zuständigen Bundesministerium zentral festgesetzten einheitlichen Beitragssatz von zunächst 15,5 Prozent. Dieser Finanzstrom fließt in den Gesundheitsfonds. Zweitens ist die Gesetzliche Krankenversicherung durch einen Finanzstrom geprägt, der aus einer Pro-Kopf-Pauschale mit Risikozuschlägen für die Versicherten besteht, der an die einzelnen Krankenkassen fließt.

Von den einzelnen Krankenkassen verteilen sich diese Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds dann kaskadenförmig über ein Barrierensystem an die Leistungserbringer des Gesundheitswesens in den Regionen. Die Barrieren bestehen dabei zunächst aus dem gegenüber dem zuständigen Bundesministerium weisungsgebundenen gemeinsamen Bundesausschuss mit seinen zentralen Leistungs- und Qualitätsvorgaben sowie aus der vom zuständigen Bundesministerium zentral festgelegten einheitlichen Budgetobergrenze für die Entgeltvereinbarungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern. Diese Barrieren bestehen aber auch noch in sozusagen seitlichen Abflüssen bei den zentralbundesweiten, länderübergreifenden oder auch landesweiten Kassen. Bei diesen werden die aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellten Finanzmittel zwischen den Teilgebieten dieser Großkassen verteilt.

Darüber, wie viel von den aus den Regionen abgeschöpften Beitragsmitteln am Ende in diese zurückfließt, ob und inwieweit also die einzelnen Regionen „Gewinner“ oder „Verlierer“ bei diesen Finanztransfers sind und ob und inwieweit dadurch dann auch die einzelnen Regionen in ihren wirtschaftlichen Disparitäten abgemildert, bestätigt oder noch weiter auseinandergetrieben werden, hängt demnach letztlich davon ab, wie viele Leistungserbringer bzw. Leistungsabrechner, insbesondere wieviele Kassenärzte und Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten in den einzelnen Regionen im Vergleich zu den übrigen Regionen ansässig sind. Zusätzlich spielen die Struktur und das Niveau der Beschäftigung eine wichtige Rolle.

#### **IV. Das Ruhrgebiet als Beispiel:**

##### **IV.1. Krankenhaus-Investitionsstopp und Krankenhaus-Pauschalfinanzierung verschärfen die Disparitäten im Ruhrgebiet**

Sowohl bei der Wertschöpfung wie auch bei den Arbeitnehmerentgelten zeigt das Ruhrgebiet in Nordrhein-Westfalen vorwiegend mittlere Werte. Allerdings bezieht es wegen erhöhter Quoten von Grundsicherungsempfängern und Geringfügigbeschäftigten

„Quersubventionen“ anderer Regionen bei der Beitragsaufbringung zum Gesundheitsfonds.

Gleichwohl wird durch die eher schwache Ausstattung mit Kassenärzten die Position des Ruhrgebietes in den Finanzströmen des Gesundheitsfonds erkennbar geschwächt. Dafür zeigt das Ruhrgebiet mit die höchste Ausstattung mit Krankenhausbetten innerhalb Nordrhein-Westfalens. Diese hohe Krankenhausbettendichte verhindert eine Verschärfung der regionalen Disparitäten zwischen dem Ruhrgebiet und bessergestellten Teilräumen.

Der Armuts- und Reichtumsbericht des Jahres 2007 für Nordrhein-Westfalen<sup>93</sup> verweist darauf, dass im Ruhrgebiet insgesamt der Anteil überschuldeter Personen höher liegt als in anderen Teilräumen und in den Ruhrgebietsstädten teilweise gravierende innerstädtische Unterschiede herrschen.<sup>94</sup> Insgesamt liegt das Ruhrgebiet mit einem großen Teil seiner Städte und Kreise im oberen Bereich der Armutsrisikoquoten in Nordrhein-Westfalen.<sup>95</sup> Gleichzeitig steht Nordrhein-Westfalen in der Rangliste der Länder bezüglich der zwischen 1972 und 2007 aufgewendeten öffentlichen Investitionen je Krankenhausbett an letzter Stelle aller Länder.<sup>96</sup> Zusätzlich hat das Land für die Jahre 2006 und 2007 einen Investitionsstopp im Krankenhausbereich vollzogen.<sup>97</sup> Diese Entwicklung trifft das Ruhrgebiet im besonderen Maße, da dort bisher der Abbau von Krankenhausbetten zwischen 1992 und 2008 mit 11 Prozent nur etwa die Hälfte des Bettenabbaus in den Landesteilen Westfalen bzw. Rheinland ausmacht.<sup>98</sup>

---

<sup>93</sup> Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Sozialbericht NRW 2007 – Armuts- und Reichtumsbericht, o.J.– Nachfolgend: MAGS

<sup>94</sup> Vgl. MAGS, S. 91, S. 109 und besonders S. 133 ff., bes. S. 136

<sup>95</sup> Vgl. ebda., S. 135

<sup>96</sup> Vgl. Bruckenberger, Ernst: Öffnung des Krankenhauswesens für Kapitalinvestoren: Vor allem Kassenverbände und Bundesregierungen ebneten den Weg in die Privatisierung. Kurzfassung Vortrag zum Sozialen Forum des VdK-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, 7.11.2008

<sup>97</sup> Vgl. Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Pressemitteilung, Düsseldorf, 10.08.2007

<sup>98</sup> Vgl. Steinmetz, Markus: Die Zunahmen privater Krankenhäuser und Kliniken in Nordrhein-Westfalen. Vorlagen zum Vortrag zum Sozialen Forum des VdK-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, 07.11.2008

Soweit es die Auswirkungen der neueingeführten DRG-Pauschalfinanzierung der Krankenhäuser betrifft, zeigen hier die Krankenhäuser im Ruhrgebiet ein erhöhtes Insolvenz- und Privatisierungsrisiko.

**Karte:** Insolvenz- und Privatisierungsrisiko von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen 2005

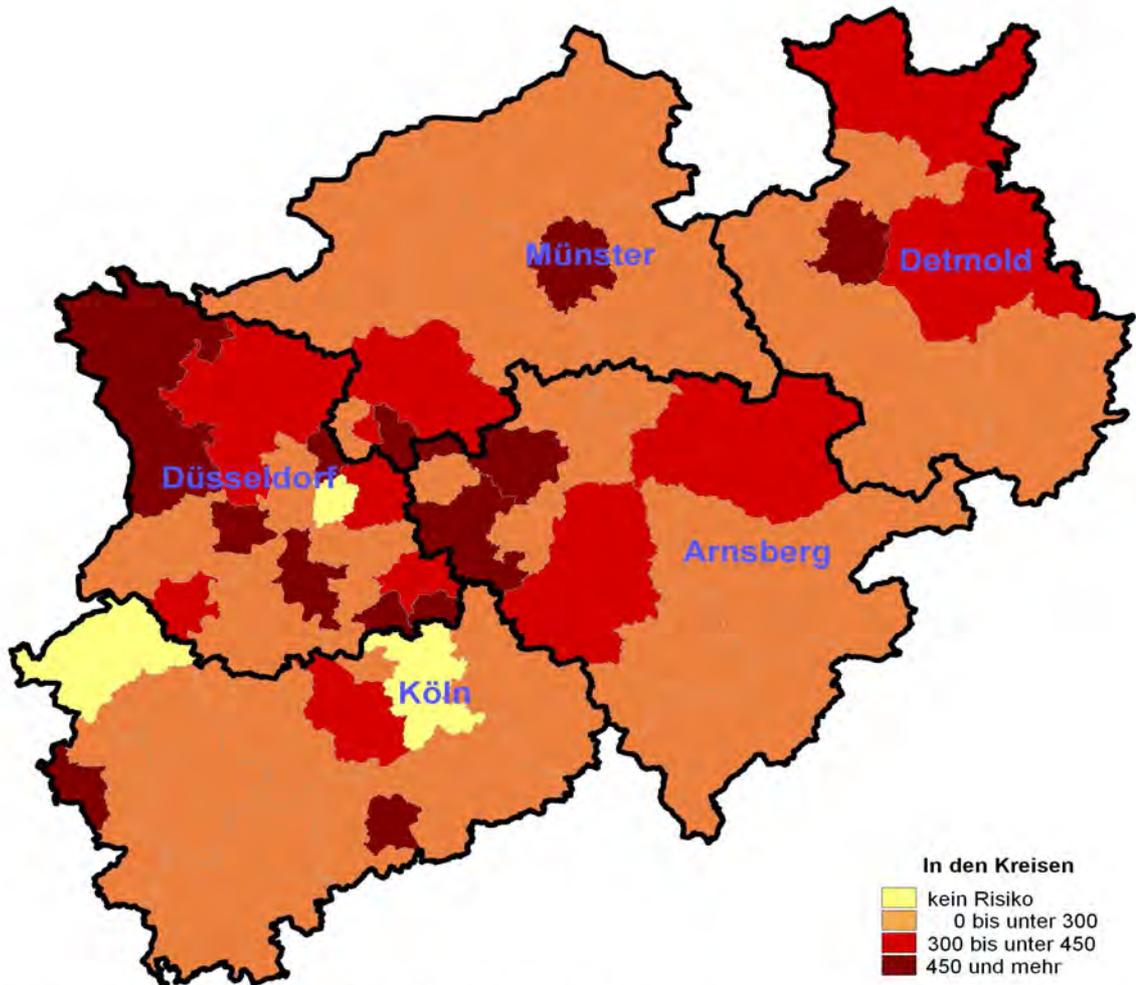
Sofern sich dieses durch den Investitionsstopp und die Pauschalfinanzierung erhöhte Insolvenz- und Privatisierungsrisiko der Krankenhäuser im Ruhrgebiet realisiert, entfällt die bisherige Ausgleichswirkung der hohen Ausstattung des Ruhrgebietes mit Krankenhausbetten als „Puffer“ gegen eine Verschärfung der regionalen Disparitäten für das Ruhrgebiet durch die ungenügende Zuführung von Finanzmitteln aus dem Gesundheitsfonds über die ambulant-ärztliche Versorgungsinfrastruktur.

Das Ruhrgebiet wird dann ein klassischer Fall verschärfter „regionaler Armut“ als Wirkung des Gesundheitsfonds – abgemildert durch die verdeckten Transfers infolge hoher Quoten von Grundsicherungsempfängern und Geringfügigbeschäftigten an den Beitragszahlern.

#### **IV.2. Regionale Armut durch den Gesundheitsfonds – Pflegeversicherung als Ausgleich?**

Es konnte gezeigt werden, dass die zentrale Abschöpfung einheitlicher Beitragsabgaben zum Gesundheitsfonds nur insofern und insoweit durch angemessene Rückflüsse regionaler Leistungsentgelte nicht zu „regionaler Armut“ führt, als in den Regionen eine ausreichende Ausstattung mit Kassenärzten und Krankenhausbetten vorhanden ist. Wo dies gegenwärtig oder absehbar, wie bspw. im Falle des Ruhrgebietes nicht bzw. nicht dauerhaft der Fall ist, können schon bestehende regionale Disparitäten bei Wertschöpfung und Arbeitnehmerentgelten durch die spezifische Finanzströmesteuerung des Gesundheitsfonds verschärft oder verfestigt werden.

## Insolvenz- und Privatisierungsrisiko von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen 2005\*



\* Von Insolvenz oder Privatisierung bedrohte Krankenhaus-Betten (Konvergenz-Verlierer) je 100.000 Einwohner.

Datenquelle: Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006, Stuttgart 2007.

©  
Studiengruppe für Sozialforschung e.V.  
Karte  
Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz

Es wird daher zunächst darum gehen, über die hier nur näherungsweise und in vergrößertem Maßstab aufgezeigten möglichen negativen

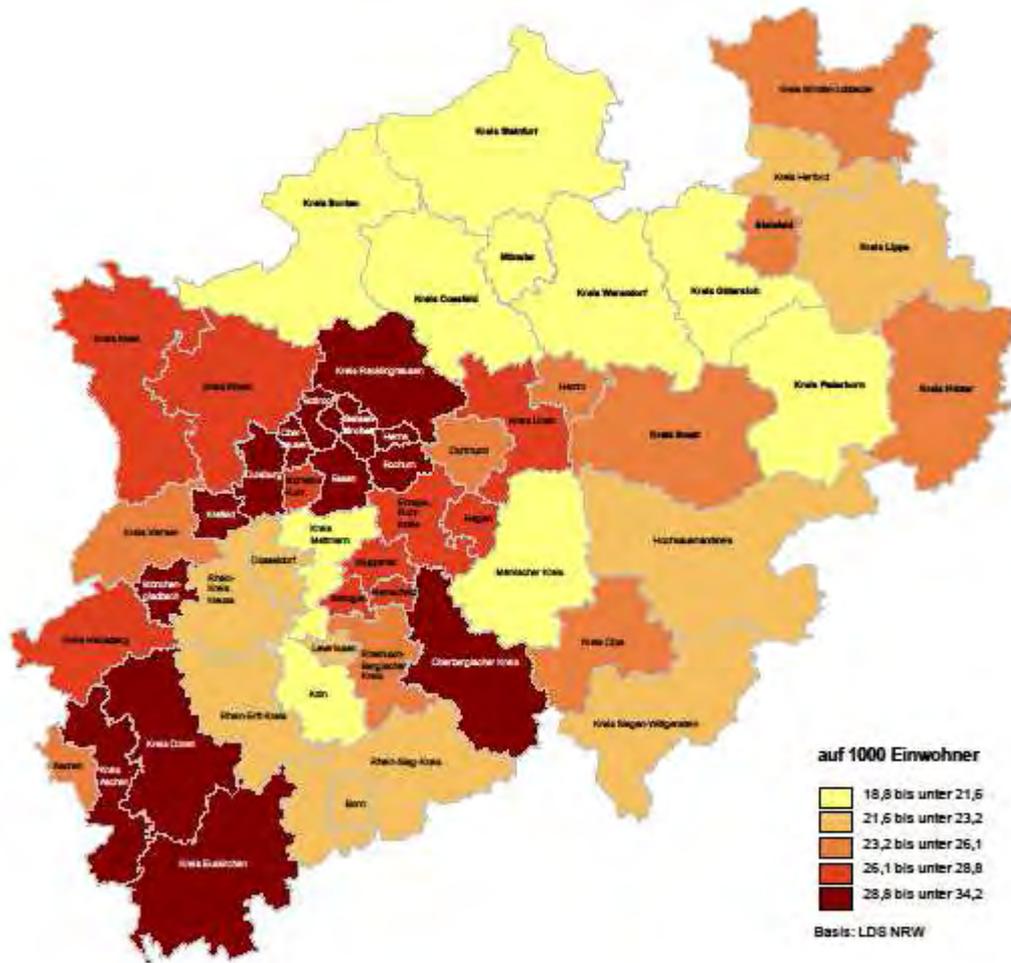
Regionalinzidenzen des Gesundheitsfonds, als Verschärfung oder Verfestigung „regionaler Armut“ hinaus zu einer verfeinerten Wirkungsanalyse des Gesundheitsfonds zu kommen. Hier müssen vor allem, wie am Beispiel der Ausstattung des Ruhrgebietes mit Krankenhausbetten gezeigt wurde, die absehbaren Ausstattungstendenzen mit Kassenärzten und Krankenhausbetten in den Regionen untersucht werden. Auch müssen die Kassenarztpraxen und Krankenhausbetten nach ihren Zugehörigkeiten zu unterschiedlichen Entgelt- bzw. Umsatzgrößenklassen differenziert werden.

Zuletzt müssen auch nicht nur die Beitragssatzprozentante des einheitlichen Beitragssatzes, sondern die darüber aus den Regionen abgeschöpften tatsächlichen Euro-Beträge ermittelt und dargestellt werden. Um diesem Beitragsaufkommen aus den Regionen dann die tatsächlich in die Regionen zurückgeflossenen Leistungsentgelte gegenüberstellen zu können, bedarf es eines einvernehmlichen Zusammenwirkens von Krankenkassen, Kassenärzten und Krankenhäusern bei der Datenbereitstellung.

Unabhängig davon müssen auch noch mit den Beitrags-, Leistungs- und Bereitstellungszahlen der Pflegeversicherung bzw. Pflegeversorgung diejenigen Inzidenzen festgestellt werden, die über möglicherweise sozialepidemiologisch, soziodemografisch und sozioökonomisch bedingt höhere Niveaus in der Pflegeversicherung dem Ruhrgebiet überproportioniert Mittel zuführen. Dies ist derzeit im Bereich der Rentenversicherung jedenfalls eine Tatsache.

**Karte:** Pflegebedürftige in Nordrhein-Westfalen

## Pflegebedürftige\* in Nordrhein-Westfalen



\* Leistungsempfänger(innen) aus der Pflegeversicherung (Stand 31.12.2005)