Diskussionspapier für den SOZIALVERBAND VdK

Pflege-Versicherung als „Bad Bank“ oder Regionalalternative der Kranken-Versicherung

(Foto: Armin Strauch)

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

Marquartstein, Mai 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
Verona

Anschrift Deutschland:
83250 Marquartstein
Staudacher Straße 14

Tel.: 08641/7130
Fax: 08641/63242
Mail: mail@accademiaistituto.com

Gestaltung:

Katharina Walter

	Inhalt	Seite
1.	Die Unbestimmtheit von „Gesundheit“, „Pflege“ und „Sozialem“ in der Warengesellschaft	5
2.	Die Sozialversicherungsfonds als allgemeine Definition von „Gesundheit“, „Pflege“ und „Sozialem“	7
3.	Lohngesetz, Daseinsvorsorge und Beitragsschöpfung	11
4.	Lohnverzicht, Daseinsvorsorge und Staatsverschuldung in Deutschland seit 1950	16
4.1.	Daseinsvorsorge als Lohnpolitik	16
4.2.	Staatsschulden als Lohnvorschuss	19
4.3.	„Staatsschulden“, Verliererregionen und Unterschicht	30
4.3.1	Schuldenbremse, Mehrwertsteuer-Lücke und Verliererregionen	33
4.3.2	Gesundheitsfonds, Krankenhausreform und Verliererregionen	34
4.3.3	„Standortwettbewerb“, Gewinnerregionen und Verliererregionen	38
4.3.4	„Geringqualifizierte“, Lohnspreizung und Unterschicht	43
4.3.5	Staatsschulden, Steuerbelastung und Unterschicht	45
5.	Gesundheitsreformdiskussion: Business-Medizin und (Pflege-)Grundsicherung	46
5.1.	„Professoren“ als Stichwortgeber	48
5.2.	Kostendämpfung durch Eigenverantwortung	49
5.3.	Beitragssatzstabilität und Organisationsreform	50
5.4.	Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit	51
5.5.	Krankenhausmarkt und Kassenwettbewerb	52
5.6.	Kopfpauschale, Bürgerversicherung und Zentralfonds	54
5.7.	Behandlungsrationierung, Gesundheitswirtschaft und Pflegekapitalisierung	58
5.8.	Zentralisierung der Finanzmittel und Regionalisierung der Behandlungsleistungen	60
6.	Ausgliederung der Pflegearbeit aus der Gesundheitsversorgung steigert die Erträge in der Gesundheitswirtschaft	63
6.1.	Pflegeversicherung: Finanzentlastung für Krankenkassen und Gesundheitswesen	64
6.2.	Abdrängung und Ausgliederung der Pflegeaufgabe aus der Krankenhausversorgung	65
6.2.1.	Krankenhausbedarfsplanung: Leistungsplanung und Kassenübermacht	67
6.2.2.	Pflegediskriminierung: Fehlbelegungsabbau und Verweildauerverkürzung	68
6.2.3.	Pflegeminimierung: Finanzierung der Krankenhausversorgung durch Diagnosepauschalen	70
6.2.4.	Pflegekostenabflachung und Gewinnsteigerung in der Krankenhauswirtschaft	71
6.3.	Weitere Formen der Ausgliederung der Pflegeaufgabe und der Pflegearbeit aus der Krankenhausbehandlung und Gesundheitsversorgung	73
7.	Pflegeversicherung und Pflegewirtschaft als Regionalalternative zu Kassenkonzernen und Gesundheitsfonds	74
7.1.	Gesundheitsfonds kassiert alle Regionen einheitlich ab, finanziert aber die gut ausgestatteten Regionen bevorzugt	75
7.2.	Einheitsbeitrag ist eine Kranken-Steuer	77
7.3.	Einheitsbeitrag und Grundpauschale sind mit der Verfassungsordnung nicht zu vereinbaren	79
7.4.	Geringfügigbeschäftigung und Zusatzbeiträge: „Verdeckte Kopfpauschale“ und „Kleine Kopfpauschale“	79
7.5.	Pflegeversicherung und Pflegeversorgung als Korrekturfaktor	81
7.6.	Gesundheitsfonds, Bundesstaat und Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse	81
7.7.	Raumordnungswidrigkeit, Krankensteuer und Gesundheitsarmut	83
7.7.1.	Beziehungen von Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung	84
7.7.2.	Beitragsdominanz, Leistungsmanipulierbarkeit und Krankensteuer	85
7.7.3.	Finanzzentralisierung und Regionaldisparitäten	91
7.7.4.	Gesundheitsinfrastruktur als Risikoindikator für „Gesundheitsarmut“	97

7.7.4.1.	**Arztpraxen als Faktoren für Rückflüsse**	**97**
7.7.4.1.1.	**Arztgruppen nach Einkommen und Ausstattungsdichte**	**97**
7.7.4.1.2.	**Arztgruppen nach Bestandsentwicklung**	**99**
7.7.4.1.3.	**Arztgruppen nach Substitutionsrisiko**	**99**
7.7.4.2.	**Krankenhäuser als Faktoren für Rückflüsse**	**102**
7.7.4.2.1.	**Krankenhausgruppen nach Fallkosten und Ausstattungsdichte**	**102**
7.7.4.2.2.	**Krankenhäuser nach Bestandsentwicklung**	**105**
7.7.4.2.3.	**Krankenhausleistungen nach Substitutionsrisiko**	**105**
7.7.5.	**Beschäftigungsstruktur als Risikoindikator für „Gesundheitsarmut“**	**109**
7.7.5.1.	**Arbeitnehmerentgelte und Beschäftigungshäufigkeit als Faktor für Abflüsse**	**111**
7.7.5.2.	**Langzeitarbeitslosigkeit und Geringfügigarbeit als Faktor für Zuflüsse**	**111**
7.7.5.3.	**Soziale und regionale Disparitäten durch Krankenkassen-Struktur-Politik**	**116**
7.8.	**Regionale Armut durch den Gesundheitsfonds – Pflegeversicherung als Ausgleich?**	**123**
8.	**Lebenslagen-Medizin gegen Gesundheits- und Pflege-Armut**	**124**
8.1.	**Die Ausscheidung von Bedarfsgerechtigkeit und Daseinsvorsorge aus der Gesundheitsversorgung**	**125**
8.2.	**Die Wiederauferstehung der Unperson „Versicherter“ in Gestalt eines „Patientenbeauftragten“**	**129**
8.3.	**Lebenslagen als Kriterium der Qualität und Wirtschaftlichkeit**	**130**
8.4.	**Sozialmedizin, Life-Event-Medizin und Sozialepidemiolgie als Theoriebasis von Lebenslagen-Medizin**	**130**
8.5.	**Lebenslauf und Regionalebene als Krankheitsdimension**	**133**
8.6.	**Regionaldimension von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung**	**134**
8.6.1.	**Gesundheitsbedingung Migrationshintergrund**	**136**
8.6.2	**Gesundheitsbedingung Sozialschicht**	**137**
8.6.3.	**Gesundheitsbedingung Einkommen und Einkommensarmut**	**139**
8.6.4.	**Gesundheitsbedingung Berufsstellung**	**141**
8.6.5.	**Gesundheitsbedingung Familienarbeit und Erwerbsarbeit**	**141**
8.6.6.	**Gesundheitsbedingung Schuldbildung und Berufsbildung**	**143**
8.6.7.	**Gesundheitsbedingung Arbeitslosigkeit**	**144**
8.6.8.	**Gesundheitsbedingung Geschlechtszugehörigkeit**	**145**
8.6.9.	**Gesundheitsbedingung Kinderstatus**	**146**
8.6.10.	**Gesundheitsbedingung Älterenstatus**	**147**
8.6.11.	**Gesundheitsbedingung Lebensformen**	**149**
8.6.12.	**Gesundheitsbedingung Lebenskrisen**	**152**
8.7.	**Regionalisierte und lebenslagenorientierte Gesundheitsberichterstattung**	**153**
8.7.1.	**Gesundheitsberichterstattung im Zusammenhang der Kassenarzt- und Krankenhausversorgung**	**153**
8.7.2.	**Gesundheitsberichterstattung zu Männern und Frauen**	**154**
8.7.3.	**Gesundheitsberichterstattung zu ausgewählten Problembereichen**	**154**
8.8.	**Verhältnisprävention als Lebenslagenmedizin**	**154**
8.9.	**Produkte, Prozesse und Strukturen lebenslagenorientierter Gesundheits-versorgung**	**155**

1. Die Unbestimmtheit von „Gesundheit“, „Pflege“ und „Sozialem“ in der Warengesellschaft

Bei einem Überblick über die gesundheitsökonomische Literatur, auch soweit sie sich in den Nachkriegsjahrzehnten noch bevorzugt als medizinisch-moralische Literatur und in den letzten Jahrzehnten als gesundheitszielsetzende Literatur präsentierte bleibt das Ergebnis eindeutig: Ein positiver ökonomischer Begriff von „Gesundheit“ existiert nicht[1] und wird auch durch die WHO-Formel von der Gesundheit als „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ nicht gesetzt.[2] Gerade dieser von der WHO entwickelte Begriff von Gesundheit ist kein originäres Ziel des Wirtschaftens in mehrwertorientierten Warengesellschaften bzw. monetären Marktwirtschaften.[3]

Es verhält sich, im Gegensatz zu allen sozialethischen Appellen an eine Umkehr der Werteordnung, an eine Indienstnahme des Wirtschaftens für die Gesellschaft oder noch allgemeiner für „den Menschen“ anstelle der realen Vernutzung der sozialen und humanen Ressourcen nach den Zwecken und Zielen des Wirtschaftens, genau umgekehrt: „Gesundheit“ ist eine erwartete Voraussetzung, eine günstige Randbedingung, ein „positiver externer Effekt“ des Wirtschaftens.[4]

---

[1] Göckenjahn bezeichnet Gesundheit als eine „unbestimmte Wertidee“. Bauer, Rudolf: Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens, München-Wien 1992, Stichwort: „Gesundheitsbegriff“.

[2] Goeschel, Albrecht: Regionale Dimensionen der Gesundheitsökonomie. Vorlesung Sommer-Semester 2011, Universität Vechta. In den 1970er und 1980er Jahren gab es Bemühungen kritischer Sozialwissenschaftler und Mediziner zunächst zumindest die naturwissenschaftlich-klinische Verengung der Gesundheitsversorgung zu lockern und so dann zu einem Gesundheitskonzept verlängerter Lebenserwartung und verminderter Gesundheitsbeeinträchtigung zu gelangen. Arbeitsgruppe Gesundheitswesen (Hrsg.): Problemanalysen und Reformschwerpunkte für das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Manuskriptdruck, Heidelberg 1972, S. 12 ff.; Badura Bernhard: Gesundheitspolitik: Probleme und Reformschwerpunkte. In: Gewerkschaftliche Monatshefte, 6/1985, S. 342 – 351 und Arbeitsgruppe alternative Gesundheitspolitik (Hrsg.): Konzept für ein Gesundheits-Memorandum, Bremen 12.07.1986. Die wesentliche Wirkung dieser Ansätze lag darin, zumindest einen hypothetischen Zusammenhang zwischen den Objekten, Professionen, Institutionen und Prozessen der Gesundheitsversorgung zu formulieren. In dieser Tradition verblieb auch, reduziert, die Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie beschrieb „Gesundheit“ mit den Kategorien und Daten, wie die amtlich-statische Erfassung von Morbidität und Mortalität bereithält. Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (Hrsg.): Endbericht. Bundestagsdrucksache BT 11/6380, Bonn 12.02.1990

[3] In diesem Zusammenhang sei auf die seit Jahrzehnten anhaltenden Bemühungen von Ökonomen verwiesen, einen „qualitativen“ Wohlstandsbegriff bzw.- maßstab zu entwickeln. Zu diesem Zweck hat der Deutsche Bundestag auch eine Kommission Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität eingerichtet.

[4] Blanke, Bernhard: Gesundheit im Sozialstaat. In: Soziale Sicherheit, Köln 2 – 1996, S. 9 – 15. Eine vorzügliche Darstellung der Ineinssetzung von umgekehrt Krankheit und Arbeit, Krankheit dabei als Verschleiß der Arbeitskraft im Industriekapitalismus gibt Göckenjahn, Gerd: Verrechtlichung und Selbstverantwortung in der Krankenversicherung. Diskussionspapier IIVG/dp/81-201. Hrsg. Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin 1981, S. 30 ff.

Erst als Arbeit, als Arbeitskraft und Arbeitsfähigkeit die durch Nachzucht, Ausbildung, Gesunderhaltung und sonstige Daseinsvorsorge einschließlich Stilllegung hergestellt, wiederhergestellt oder abgestellt wird, kann Gesundheit zu einem positiven ökonomischen Gegenstand werden – idealtypisch und begriffexemplarisch als Geschäftsfeld der Gesundheitswirtschaft.[5] Zutreffend wird in § 1 SGB V Gesundheit auch der „Eigenverantwortung" der Versicherten, im deutschen Sozialstaat die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung, zugewiesen, die es daneben durch die Krankenversicherung bzw. deren Leistungen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern gilt.

Nicht viel anders verhält es sich insbesondere mit solchen Hilfebedürftigkeiten, die sich dauerhaft für den Ablauf des täglichen Lebens ergeben und durch körperliche, geistige oder seelische Krankheiten oder Behinderungen bedingt sind. Gesundheit als vermiedene Pflegebedürftigkeit der §§ 6 Abs. 1 und 14, Abs. 1 SGB XI wird ebenfalls zunächst der „Eigenverantwortung" der Versicherten zugewiesen, d.h. ist auch in dieser speziellen Form nicht Zielsetzung oder Aufgabenstellung, sondern Voraussetzung des Wirtschaftens.

Deutlicher als in den Regelungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) wird in den Regelungen zu Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) auch noch das „Soziale" als Voraussetzung des Wirtschaftens definiert. Während Leistungen zur Erhaltung, Wiederherstellung und Besserung der Gesundheit durch die Gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden, „soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten" (§ 2, Abs. 1 SGB V) zugerechnet werden, sollen die Leistungen der Pflegeversicherung „vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen" (§ 3, SGB XI) und dadurch die „körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wieder gewinnen oder erhalten" (§ 2 Abs. 1 SGB XI).

Deutlicher kann kaum klargestellt werden, dass „Gesundheit", „körperliche, geistige und seelische Kräfte" und die „Angehörigen und Nachbarn", d.h. das „Soziale" aus ökonomischer Sicht vor allem und zunächst Vorausgesetztes des Wirtschaftens, nicht Aufgabenstellung und Zielsetzung des Wirtschaftens sind. Hierüber belehrt auch ein Blick beispielsweise in die zahlreich gewordenen „Sozialberichte", in denen

[5] Henke et al.: Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Abschlussbericht, Berlin 16.11.2011

das „Soziale“ als positives Ziel des Wirtschaftens nicht vorkommt[6] und die Feststellung, der Begriff des Sozialen sei ein „Mythos“.[7]

In der mehrwertorientierten Warenproduktion sind es exakt „Gesundheit“, „körperliche geistige und seelische Kräfte“ und insbesondere die „Angehörigen“ also die Arbeitskraft und ihre Einbettung, bei deren Ankauf und Einsatz mehr produziert und beim Verkauf der produzierten Güter und Leistungen mehr realisiert werden muss, als zu ihrer (Wieder-) Herstellung investiert wird. Wären „Gesundheit“, „körperliche, geistige und seelische Kräfte“ und die „Angehörigen und Nachbarn“ das Ziel des Wirtschaftens, d.h. der Produktion und Vermarktung „rentierten“ sich diese nicht. Es müssen also „Gesundheit“, das „Soziale“ etc. unbestimmt bleiben, damit sie jeweils unter dem Wert bleiben können den die mit ihnen produzierten Güter und Dienste erzielen.[8]

2. Die Sozialversicherungsfonds als allgemeine Definition von „Gesundheit“, „Pflege“ und „Sozialem“

In mehrwertorientiert produzierenden Ökonomien werden „Gesundheit“ und speziell die „körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte“ erst dann und nur insoweit zu einem positiven Ziel des Wirtschaftens, wenn und soweit sie erhalten, wiederhergestellt, wiedergewonnen oder gebessert werden müssen. Die hierzu erforderlichen Güter und Dienste werden als Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 11 ff. SGB V) und als Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (§ 28 ff. SGB X) zur Verfügung gestellt und von Berufen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft bzw. Pflegewirtschaft produziert. Durch den bereits zitierten Vorbehalt der Eigenverantwortung der Versicherten für Gesundheitsleistungen bzw. durch den Vorrang der Häuslichen Pflege wird sichergestellt, dass keinesfalls gesamtwirtschaftlich mehr für

[6] Goeschel, Albrecht: Zweiter Bericht des Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern: Konzept – Resultate – Schwerpunktthemen, Stellungnahme für den DPWV-Bayern, Marquartstein März 2009.
[7] Bauer, Rudolf (Hrsg.): Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens, München-Wien 1992, Stichwort: „Sozial“
[8] Geradezu exemplarisch für diese Unbestimmtheit des „Sozialen“ ist der in der Öffentlichkeit als „Tischlein-deck-dich-Politik“ verhöhnte Vorschlag der gegenwärtigen Familienministerin Schröder zur Familien-Pflegezeit. Süddeutsche Zeitung 04.03.2011 und 05.03.2011. In den Anfangsjahren der Diskussion über die Kostendämpfung im Gesundheitswesen gab es das Pappkameraden-Thema angeblich und absehbar die Wertschöpfung übersteigenden Gesundheitskonsums. Insbesondere der Wiener Gesundheitsökonom Krämer tat sich in dieser Zeit mit darartigen Horrorszenarien einer angeblichen Bedarfsexplosion hervor. Krämer, Walter: Bedarf versus verfügbare Ressourcen. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Symposium Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. bis 25. Juni 1982, Bonn 1982, S. 150 – 162. Historisch-systematisch war auch die Gesetzliche Krankenversicherung ihrerseits so an- und ausgelegt, dass ihre Leistungen bei Krankheit noch unter den Einkommen aus Arbeit bleiben mussten. Göckenjahn, Gerd: Verrechtlichung und Selbstverantwortlichkeit in der Krankenversorgung. Diskussionspapier IIVG/dp/81-201. Hrsg. Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin 1981

Gesunderhaltung und Pflegeversorgung aufgewendet werden muss, als durch Arbeitseinsatz erwirtschaftet wird. Innerhalb dieser Begrenzung sind es dann die Sozialversicherungsfonds, aus denen die Leistungen für Gesunderhaltung und Pflegeversorgung finanziert werden und die damit monetär und budgetär definieren, was „Gesundheit“ bzw. die „körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte“ jedenfalls wenn sie zu reproduzieren sind, wert sind: In der Gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich hier vereinfacht dargestellt um rund 170 Mrd. Euro. In der Sozialen Pflegeversicherung um rund 20 Mrd. Euro.

Dass Gesunderhaltung und Pflegeversorgung keinesfalls mehr an Wert verzehren als der Ankauf von Arbeit und der Verkauf der Ergebnisse dieser Arbeit einbringen ist zunächst dadurch sichergestellt, dass die Sozialversicherungsfonds aus Beiträgen auf das Arbeitsentgelt gebildet werden, also stets nur auf einen Teil der gesamten Wertschöpfung. Völlig außer Ansatz bei der Beitragsschöpfung bleiben die Kapitalerträge und vor allem das Kapitalvermögen. Insoweit ist schon durch die Art der Finanzierung des Sozialversicherungsfonds abgrenzend beschrieben, dass „Gesundheit“, „Pflege“ und „Soziales“ keinesfalls Zielstellung sondern Randbedingung des Wirtschaftens sind.[9] Die Gesundheitsreformpolitik mit dem Ergebnis zunächst einer Beitragssatzstabilität durch Leistungsabbau und nun durch einseitige Konservierung der Beitragszahlungen über die Arbeitgeber vergrößert so gesehen nur den durch die Beitragsfinanzierung als solche gesetzten Abstand zwischen der gesamten Wertschöpfung und deren teilweisen Verwendung für „Gesundheit“, „Pflege“ und „Soziales“.

In monetären Marktwirtschaften, zumal im erreichten Stadium eines dominant gewordenen Finanzkapitalismus, sind Sozialversicherungsfonds einer Größenordnung wie sie für Krankenversicherung und Pflegeversicherung gelten allerdings nicht mehr nur Zwischenfinanzierungsträger für die Mitglieder und Versicherten der Kranken- und Pflegekassen einerseits und für die Leistungserbringer der Gesundheitswirtschaft und Pflegewirtschaft andererseits. Sie sind sich selbst allein schon aus ihren Zinserträgen reproduzierende Finanzkonzerne. Vor allem aber haben sie das Recht zur Abgabenerhebung. Dieses leitet sich aus dem Prinzip der Solidarfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Sozialen Pflegeversicherung nach § 3 SGB V und § 37, Abs. 1 SGB XI

[9] Einzige nennenswerte Ausnahme von der entgeltbezogenen Beitragsschöpfung ist die Lohnfortzahlung. Neuere Forderungen des Sozialverbandes VdK zur Einführung eines Sozialversicherungsbeitrages der Unternehmen setzen an diesem Punkt an. Sozialverband VdK-Deutschland: (Hrsg.): Positionspapier: Kranken- und Pflegeversicherung, Berlin 16./18. Mai 2006, Ziff. 6.5.4

her. Diese basiert auf Beitragszahlungen vom Gesamtarbeitsentgelt, zu dem auch die sogenannten Arbeitgeberbeiträge zählen, und dabei nach dessen Höhe. Dieses Solidarprinzip legt ähnlich wie der Eigenverantwortungsvorbehalt grundsätzlich fest, dass die pflichtweise Ablieferung von Lohnbestandteilen in Form von Beiträgen und entsprechend der Höhe der Löhne nicht an individuell im Zeitverlauf äquivalente Leistungsempfänge gebunden ist sondern davon, häufig verbunden mit dem Sozialstatus erheblich nach oben oder unten abweichen kann. Für den zeitlichen Ausgleich zwischen Beitragshergabe und Leistungsempfang bei allen Mitgliedern bzw. Versicherten in einem bestimmten Zeitraum wurden die Solidarfonds gebildet: Diesen erscheint aber zwischenzeitlich allein auf Grund ihres enormen Volumens aus ihrer Innensicht eine im Vergleich zu niedrige Beitragsablieferung oder ein in im Vergleich zu hoher Leistungsempfang oder beides zusammen als „Risiko“ für ihre eigene Existenz, Autonomie oder Exzellenz.[10] Innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde daher der kassenartenerhaltende „Morbiditäts-Risikostrukturausgleich“ des § 265 ff. SGB V eingerichtet. Innerhalb der Sozialen Pflegeversicherung besteht nach § 65 ff. SGB XI ein Ausgleichsfonds mit Finanzausgleich.

Die eigentlich interessante „Risiko“-Abwehr besteht aber darin, dass Gesetzliche Krankenversicherung und Soziale Pflegeversicherung institutionell und budgetär getrennt sind. Die vom Beitragsaufkommen und vom Leistungsaufwand mit derzeit ca. 170 Mrd. Euro Volumen her um ein vielfaches bedeutsameren und für eine entsprechend umsatzstärkere und interessenmächtigere Gesundheitswirtschaft zuständigen Solidarfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung können dank der gesondert bestehenden Sozialen Pflegeversicherung Leistungsanlässe auslagern, die eine ungünstige Relation zu den Beitragseinkünften oder eine ungünstige Relation von Leistungsaufwand und Leistungsentgelt oder andere Nachteile aufweisen.

Generell eignet sich die Soziale Pflegeversicherung vor allem deshalb zur Verlagerung von „Risiken“ aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, weil der in der Pflegeversicherung verankerte „Vorrang der häuslichen Pflege“ eine viel grundsätzlichere und weitreichendere „Selbstbeteiligung“ der Versicherten bewirkt als in der Gesetzlichen Krankenversicherung der dortige Leistungsausschluss „eigenverantworteter“ Leistungsanlässe. Es gibt in der Gesetzlichen Krankenversicherung keine Übertragung von Leistungen an Angehörige

[10] Die im Frühjahr 2011 spektakulär erfolgte Liqudation der City-BKK-Krankenkasse ist die eine mögliche „Risiko“-Variante. Die andere besteht in den zahlreichen weniger spektakulären Fusionen von Krankenkassen in den zurückliegenden Jahren.

und Nachbarschaft, die derjenigen der Sozialen Pflegeversicherung vergleichbar wäre.[11]

Zusätzlich eignet sich die Soziale Pflegeversicherung auch deshalb zur Auslagerung von Leistungsanlässen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, weil der Aufwand für häusliche Pflegehilfe und Pflegeleistungen gemäß §§ 36 und 37 SGB XI mit Obergrenzen versehen ist. Auch die Aufwände für Kurzzeitpflege, Teilstationärpflege und Vollstationärpflege sind gemäß §§ 41, 42 und 43 SGB XI mit Obergrenzen versehen. Demgegenüber musste der in der Gesetzlichen Krankenversicherung jahrzehntelang geltende krankenhausindividuelle Kostendeckungsgrundsatz, der damit faktisch auch für die Behandlungsfälle, d.h. Leistungsanlässe der von der Gesetzlichen Krankenversicherung gewährten Krankenhausbehandlung galt erst in harten reformpolitischen Auseinandersetzungen eliminiert werden.[12]

Zudem gilt: Bei einer weiteren Auslagerung von Pflegeaufgaben in die insgesamt „billigere“ Pflegeversicherung und Pflegewirtschaft mit dort steigender Beschäftigung „gewinnt“ die Gesetzliche Krankenversicherung doppelt: Sie vermeidet Leistungsausgaben und erhöht ihre Beitragseinnahmen aus der Pflegebeschäftigung. Noch aus einer anderen Sicht erfüllt die Soziale Pflegeversicherung eine wichtige Funktion für die Abwehr und Verlagerung von „Risiken“ von der Gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere seit der Aufspaltung der Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung in einen statischen Arbeitgeberanteil und einen dynamischen Arbeitnehmeranteil sowie kassenindividuelle Zusatzbeiträge für die Mitglieder ist die Umwandlung der Gesetzlichen Krankenversicherung in eine kapitalgedeckte Kopfprämienversicherung lohnkostenpolitisch überflüssig geworden. Diese Entwicklung und das weitere Vordringen der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Geschäftsbereich der Zusatzversicherungen beeinträchtigt die Geschäftsinteressen der Privatassekuranz ganz erheblich. Wenn daher weiterhin über eine vollständige oder teilweise Kapitaldeckung der Sozialen Pflegeversicherung diskutiert wird, entlastet dies die Gesetzliche Krankenversicherung von politischem Druck. Umgekehrt ist eine

[11] Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 sind substitutiv nur auf Krankenhausbehandlungen bezogen.

[12] Es gehört zu den vordringlichen Aufgaben einer kritischen Versorgungsforschung, die systematisch-institutionelle, sektoral-funktionelle etc. Eignung und Rolle der Pflegeversicherung als Verschiebegelände für Risiken der Krankenversicherung zu untersuchen. In der Literatur wurde von Landenberger noch vor der Verabschiedung der Gesetzgebung zur Pflegeversicherung auf deren mögliche Rolle als Einstieg in einen Umbau der Gesetzlichen Krankenversicherung in ein gedeckeltes Grundsicherungssystem aufmerksam gemacht. Landenberger, Margarete: Pflegeversicherung als Vorbote eines anderen Sozialstaates. In: Zeitschrift für Sozialreform, Wiesbaden 5 – 1994, S. 314 - 342

Kapitaldeckungsdiskussion im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung nach ihrem Volumen von „nur“ 20 Mrd. Euro lohnkostenpolitisch wesentlich risikoärmer als im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, bei der es um immerhin ca. 170 Mrd. Euro geht. Es darf ja nicht übersehen werden, dass bei einer Umstellung umlagefinanzierter auf kapitalgedeckte Versicherung- bzw. von Solidarbeiträgen auf Individualprämien mit einer enormen Erhöhung des erforderlichen Prämienvolumens und damit einem enormen Sog auf die Löhne zu rechnen wäre.[13]

3. Lohngesetz, Daseinsvorsorge und Beitragsschöpfung

Gesellschafts- und wirtschaftspolitisch war das Modell Deutschland viel ausgeprägter und anhaltender als in anderen industriellen Wohlfahrtsstaaten, sprich: regulierten Kapitalismen durch eine auch politisch gewollte und ideologisch überhöhte Vorausgesetztheit eines familienförmigen „Sozialen“ geprägt: Das „Soziale“ in Gestalt der Ernährer-Ehemannfamilie produzierte und reproduzierte die „körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte“ am längsten ohne öffentliche oder unternehmerische Dienstleistungen im Bereich der Pflege, rasant zunehmend mit zunächst sozialen und immer mehr privaten Dienstleistungen in der Gesundheit und am längsten schon unter öffentlichen Kuratel und in einem öffentlichen System in der Bildung.

Das Lohngesetz mehrwertorientierter Warengesellschaft, die weitestmögliche Spreizung zwischen den Kosten der Arbeit und dem Ertrag der Arbeit für das einzelne Unternehmen mit der Begleiterscheinung zyklischer Krisen der Gesamtwirtschaft spielte sich bis vor noch nicht allzu langer Zeit sozusagen außerhalb des „Sozialen“, außerhalb der Familien d.h. der normalen Daseinsform des Sozialen ab[14] - erst mit der „Konsumgesellschaft“ und später der „Dienstleistungsgesellschaft“ wurde die familiale Eigenproduktion und Eigenreproduktion durch die Warenproduktion erschlossen. Hierdurch wurde nicht nur die Herstellung, Wiederherstellung und auch Stilllegung der „körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte“ weil preis-, beiträge- oder steuerfinanziert und nicht mehr eigenproduziert monetarisiert und damit die Lohnarbeit teurer – es wurde auch die nach dem Ende der Rekonstruktionsperiode, nach dem Ende des „Wohlstand für alle“-

[13] Schnabel, Reinhold: Zukunft der Pflege, Arbeitspapier der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft, Essen 02.05.2007 sowie Goeschel, Albrecht: Die Pflegeversicherung als Faktor für Wirtschaftswachstum und Beschäftigung. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit, München 1991, S. 21 - 25

[14] Hassel, Anke; Schiller, Christof: Der Fall Hartz IV, Campus-Verlag Frankfurt am Main 2010, bes. S. 49 - 50

Kapitalismus und der Wirtschaftskrise Mitte der 1960er Jahre typische Neuverfassung des Modells Deutschland, nämlich die Moderation der Löhne und damit die Förderung der Gewinne und des Wachstums durch Ausbau der Daseinsvorsorge, die Substitution lohntreibenden Privatkonsums durch steuer- und leistungsfinanzierten Sozialkonsum einschließlich der Erneuerung und vor allem Erweiterung der Infrastruktur erst richtig möglich. Erst das Obsoletwerden traditioneller Lebensstile und Werthaltungen, erst eine voranschreitende Individualisierung der Gesellschaft sicherte den Erfolg der Politik der Reformen der 1970er Jahre und damit letztlich des Wirtschaftswachstums durch Lohnmoderation mittels Daseinsvorsorge.[15]

Allerdings beinhaltet diese Kombination von Lohnmoderation und Daseinsvorsorge, von Lohneinkommen bzw. Arbeitskosten und Beitrags- und Steuerabgaben zur Daseinsvorsorgefinanzierung einschließlich Sozialversicherungsfinanzierung makroökonomisch und makropolitisch diejenigen Politikmechanismen, die später als System der Verschiebebahnhöfe bzw. als Phänomen der Versicherungsfremden Leistungen bezeichnet wurden. Denn unabhängig davon, dass durch Lohnmoderation plus Daseinsvorsorge Wirtschaftswachstum ab Mitte der 1960er Jahre nach keynesianischem Muster produziert wurde, blieb die politische und ökonomische Grundregel mehrwertorientierter Warenproduktion in Kraft, dass bei allem Wirtschaften zunächst das Anlagevermögen reproduziert werden muss und ein möglichst hohes Vermögens- bzw. Unternehmereinkommen erzielt werden muss. Beim neuen Modell Deutschland ging es folglich darum, in welchem Verhältnis jeweils die Arbeitskostenbestandteile, d.h. die Nettolöhne, die Lohnsteuern und die Lohnbeiträge zueinander stehen und ob und wieweit her ergänzende Steuermittel aus dem Bereich der schon seit der Nachkriegszeit immer weiter erleichterten oder gesenkten Vermögens- und Ertragssteuern beansprucht werden müssen. Dies war eigentlich das zentrale Anliegen der Sozialpolitik, gerade auch der Gesundheitspolitik der zurückliegenden Jahrzehnte.[16]

[15] So gesehen war die so genannte Achtundsechziger-Bewegung mit ihren vor allem alltagskulturellen Wirkungen ein integraler Bestandteil der Modernisierung und Effizienzsteigerung des Modells (West-) Deutschland insbesondere durch Selbst-Individualisierung. Vgl. u.a. Goeschel, Albrecht; Heyer, Anselm; Schmidbauer, Getraud: Beiträge in einer Soziologie der Polizei I, Suhrkamp-Verlag Frankfurt am Main 1971. Umgekehrt war es für die Freie Demokratische Partei fatal, die erreichte Individualisierung nicht als Korrelat zur Daseinsvorsorge, sondern als deren Substitut misszudeuten

[16] Goeschel, Albrecht: Staatsverschuldung und Lohnabbau fördern Unternehmensgewinne und Vermögenseinkommen: Gesellschaftsspaltung oder Daseinsvorsorge als Problemlösung? Diskussionspapier für den Sozialverband VdK, Marquartstein Juni 2011 und Hassel, Anke; Schiller, Christof: A.a.O., S. 55 – 77, S. 262 – 183

Die Logik der Verschiebebahnhöfe und insbesondere der Versicherungsfremden Leistungen, d.h. der Finanzierung von Daseinsvorsorgeaufgaben des Staates und damit des Steuerbudgets durch Übertragung dieser Daseinsvorsorgeaufgaben des Staates auf die Sozialversicherungen, d.h. die Beitragsfonds bestand darin, die als Lohnersatz oder noch besser Lohnvorschuss wirkende Daseinsvorsorge, wenn sie staatschuldenfinanziert ist, aus den Lohnzahlungen, d.h. den Nebenlöhnen gegenzufinanzieren bzw. die Senkung der Vermögens- und Ertragssteuern hieraus gegenzufinanzieren.[17] Der bundesstaatliche Aufbau und die verfassungsrechtliche Eigenständigkeit der Kommunen boten dabei ebenso wie die Gliederung der Sozialversicherung und insbesondere die Gliederung der Krankenversicherung eine ideale Voraussetzung sowohl für Kostenverschiebungen vom Bund auf die Länder und vor allem auf die Kommunen und zugleich vom Bund in die Sozialversicherungen und dort insbesondere in die Krankenversicherung.[18]

Die von der Bundespolitik gegen die Länder und Kommunen und gegen die autonomen Sozialfonds der regionalen Krankenkassen (AOK, BKK, IKK) spätestens seit Beginn der 1990er Jahre rigoros betriebene Konzentration und Zentralisierung der Krankenkassen per Dekret oder Konkurrenz bis hin zum zentralen Gesundheitsfonds und begleitet auch durch eine Konzentration und Zentralisierung der Gesetzlichen Rentenversicherung sowie De-Autonomisierung der Gesetzlichen Arbeitslosenversicherung erleichtert nicht nur der Bundespolitik die Re-Finanzierung ihrer wachsenden Kreditlast infolge Daseinsvorsorgeausgaben und Steuererleichterungen aus den Sozialfonds, sondern führte auch zu einer Auszehrung der Regional- und Kommunalebene hinsichtlich der Ausstattung mit öffentlichen Finanzen einschließlich regional verfügbarer bzw. gebundener Beitragsbudgets vor allem der Gesetzlichen Krankenversicherung.[19]

---

[17] Das so gesicherte, wenn auch rückläufige Wirtschaftswachstum war mit einem weiter zunehmenden immensen gesamtwirtschaftlichen Kapitalstock verbunden, der wegen des moderierten Inlandkonsums zunächst in die reale Exportwirtschaft und später in finanzwirtschaftsspekulative Kapitalexporte „floh“.

[18] Goeschel, Albrecht: Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung. Arbeitspapier für den Bund der Steuerzahler Bayern e.V., Marquartstein und Hassel, Anke; Schiller, Christof: A.a.O., S. 162 - 183

[19] Die von der Öffentlichkeit kaum bemerkten harten Auseinandersetzungen in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre und zu Beginn der 1990er Jahre um die „Regionalisierung“ oder „Zentralisierung“ der Krankenversicherung wurden von den Befürwortern einer grundsätzlich regionalen, d.h. staatszugriffsaversen Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung immer auch mit den Synergien zwischen föderalen und kommunalen Gebietskörperschaften und regionalen Krankenkassen mitbegründet. – Goeschel, Albrecht: Krankenkassen, Kommunalkörperschaften und Regionalwirtschaft. In: Die Ortskrankenkassen, Bonn 1-1985, S. 12 -18

Gleichzeitig wurden vor allem die Kosten der Arbeitslosigkeit auf die Kommunalebene verlagert.[20]

Hier tritt nun die Pflegeversicherung in einer ganz neuen Gestalt auf: Sie wird für die infolge Verschiebung der Kosten der Arbeitslosigkeit kollabierenden Kommunalhaushalte zur Rückverschiebungsmöglichkeit letztlich in der Sozialhilfe landender Insuffizienz des „Sozialen“, der Überforderung der Familien durch „Pflege“ in die Sozialfonds.[21] Insofern hat sie den gleichen systemfunktionalen Status wie die Grundsicherung, d.h. Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe nach Hartz IV. Diese ein reichliches Jahrzehnt nach Einführung der Pflegeversicherung etablierte Rückverlagerung von Sozialhilfekosten in den Bundeshaushalt, teilweise über die unauskömmlichen Krankenkassenbeiträge für Hartz IV-Empfänger auch in die Sozialfonds der Krankenkassen stellt auch den Versuch dar, die haushaltskatastrophalen Folgen der Verschiebepolitik auf der Kommunalebene nicht zu einem gänzlichen Scheitern des Wachstumskonzepts Lohnmoderation durch Daseinsvorsorge werden zu lassen.[22]

Der spezifische Charakter der Pflegeversicherung als einer „Bad Bank“ der Krankenversicherung ergibt sich daraus, dass ja die ehemals autonomen regionalen Krankenkassen in der vorausgegangenen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung einem Konkurrenzregime um günstigstmögliche Beitragssätze und den verschiebebegünstigenden Wirkungen anhaltender Zentralisierung und Konzentration unterworfen worden waren. Die Übernahme der vom vorausgesetzten „Sozialen“, der Familie nicht mehr leistbaren Pflege mit dem Risiko unauskömmlicher Beiträge wurde von der Gesetzlichen Krankenversicherung von Anbeginn an abgewehrt. Dies galt auch für die zuvor in den Katalog der Kassenleistungen eingeführten Häuslichen Krankenpflege.

Für das Politikmuster der Verschiebebahnhöfe zwischen Steuerfinanzierung und Beitragsfinanzierung der Daseinsvorsorge stellt dabei die Beitragsfinanzierung die erste Wahl dar, weil sie bei Gesundheit und Pflege durch das von der Finanzierung zeitlich, sachlich und personell getrennte und dabei gegliederte System von Gesundheitsleistungen und (später) Pflegeleistungen einen Leistungsabbau politisch sehr leicht macht. Damit wird dann tatsächlich der Ertrag der Arbeit durch Senkung ihrer (Neben-)Kosten erhöht.

[20] Hassel, Anke; Schiller, Christof: A.a.O. S, 55 – 83, S. 106 – 108, S. 172 - 183
[21] Hassel, Anke; Schiller, Christof: A.a.O., S. 176
[22] Ebda., S. 186

Steuerfinanzierung der Daseinsvorsorge ihrerseits erhöht, sofern sie mit steigender Staatsverschuldung verbunden ist, die Kapitalvermögen in Form von Schuldtiteln. Beitragsfinanzierung mit Beitragssatzlimitierung und Leistungsbudgetierung ist die sozusagen „realwirtschaftliche“ Version der Gewinnsteigerung. Steuerfinanzierung bei Staatskrediterhöhung ist die sozusagen „finanzwirtschaftliche“ Version der Gewinnsteigerung.[23]

Vor allem aber bietet die Beitragsfinanzierung den großen politischen Vorteil, dass sie über Versicherungspflichtgrenzen und Beitragsbemessungsgrenzen die Grundbelastung der Lohnergänzung durch Daseinsvorsorge insbesondere bei den unteren, weniger sanktionsfähigen Lohngruppen konzentriert und zusätzlich über die Steuerabsetzbarkeit der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung die Besserverdiener im Beitragssystem privilegiert. Auch politisch wird damit die insgesamt rückläufige volkswirtschaftliche Lohnquote „gestaucht“, d.h. durch Spaltung auf der einen Seite, bei den sogenannten „Leistungsträgern“ deutlich erhöht, auf der anderen Seite noch weiter gesenkt. Dies gilt vor allem auch für die abnehmende Belastungswirkung von Zusatzbeiträgen bei steigendem Einkommen.[24]

Zuletzt ist der vorauseilend bei der Pflegeversicherung dann nachfolgend bei der Krankenversicherung eingeführte Einheitsbeitrag mit zeitlicher, sachlicher und räumlicher durch Zentralisierung abnehmender Leistungsbindung eine „verdeckte“ Zusatzbesteuerung niedriger Löhne. Die Konservierung des Arbeitgeberanteils bewirkt dadurch zusätzlich eine Haushaltsentlastung für Bund, Länder und Gemeinden als öffentliche Arbeitgeber bei gleichzeitig wachsenden Mehrwertsteuereinnahmen aus der kommerzialisierten Gesundheits- und Pflegewirtschaft.

Im Geschäftsmodell Deutschland neuester Art, d.h. dem seit etwa 2000 extrem gewordenen Exportkapitalismus boomt die auf den Norden, Westen und Teile des Südens Deutschland konzentrierte Exportwirtschaft auf diversen Wegen auf Kosten der Daseinsvorsorge, d.h. des allgemeinen Sozialkonsums: Sie kann relativ hohe Effizienzlöhne zahlen. Sie kompensiert diese durch besonders hohe Geringfügigquoten, d.h. Nichtzahler von Neben-Löhnen. Sie ist auch an

[23] Zur alternativen oder komplementaren Sozialsicherungsfinanzierung über Beiträge oder Steuern: Leiber, Simone; Zwiener, Rudolf: Wirtschaftliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen des Sozialstaates, Manuskript für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin Band 1, 2007

[24] Scheinbare Relikte wie die Mitversicherung von Familienangehörigen bewirken eine zusätzliche massive Umverteilung von unteren Lohneinkommen zu Hocheinkommen und vor allem über die regional sehr ungleiche Verteilung der Geringfügigbeschäftigung eine direkte Lohnkostenentlastung durch Wegfall der Beiträge in den Regionen mit hohem Minijobanteil

der Steuerfinanzierung des Sozialkonsums, d.h. der Daseinsvorsorge deutlich weniger beteiligt, da sie keine Mehrwertsteuer für den Exportüberschuss zahlt.

Die Pflegeversicherung erscheint hier die Vorform der zukünftigen allgemeinen gesundheitlichen Grundsicherung zu sein.[25] Ebenso wie das neue System der Grundsicherung weite Teile der Arbeitslosenversicherung aus dem Geltungsbereich der monetären Äquivalenz in den Bereich politisch-normativen Bedarfs verlagert ist auch in der Pflegeversicherung durch nichtparitätische Beiträge einerseits und Festbetragsleistungen andererseits das Prinzip der monetären Äquivalenz nicht aus Gründen der Solidarität, sondern der Beitragsstabilität gelockert.

4. Lohnverzicht, Daseinsvorsorge und Staatsverschuldung in Deutschland seit 1950

Ohne Zweifel waren sowohl für die Etablierung der Pflegeversicherung wie für die Reform der Grundsicherung die Aporien des politisch-ökonomischen Systems der Verschiebebahnhöfe, die auf regionalkommunaler Ebene ihre eigene keynesianische Modellierung: Wirtschaftswachstum durch Lohnverzicht plus Daseinsvorsorge zu zerstören drohten, das treibende Moment – also gerade jene Problemlagen, die in den Mainstream-Diskursen zur Sozialsicherungs-, Gesundheitsversorgungs- und Grundsicherungsreform de-thematisisert wurden[26]. Zum Verständnis der Pflegeversicherung wie auch der Grundsicherung als „Bad Bank“ der Gesundheitsversorgung bzw. der Daseinsvorsorge in Deutschland ist es nützlich den Zusammenhang von Lohnverzicht, Daseinsvorsorge und Staatsverschuldung und hierbei die Heraussonderung von Verlierer-Risiken und Verlierer-Regionen näher zu untersuchen.

4.1. Daseinsvorsorge als Lohnpolitik

In der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur wird der staatlichen Nachfrage nach Gütern und Diensten eine entscheidende Rolle für die Glättung von Konjunkturzyklen, für die Verstetigung der Investitions-quoten und des Beschäftigungsniveaus sowie für die Anpassung der

[25] Landenberger, Margerete: A.a.O.
[26] Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung: Eine neue Fragenstellung in Wissenschaft und Politik. In: Die Ortskrankenkasse, Bonn 10-1978, S. 266 – 269 und Hassel, Anke; Schiller, Christof:

Kapitalstockstruktur zugewiesen.[27] Dabei kann eine konjunktur- und strukturpolitische Erhöhung, Richtungsänderung oder Absenkung der staatlichen Nachfrage überwiegend nur an solchen Beständen öffentlicher oder quasi-öffentlicher Güter und Dienste ansetzen, die bereits vorhanden oder zeitnah erstellbar sind.[28] An dieser Stelle kommt es dann zu einer Verschränkung der politischen Aufgabe der Wachstumssicherung und der politischen Aufgabe der Daseinsvorsorge, zu einer Verschränkung von Wirtschaftspolitik und von Sozialpolitik.

Diese Verschränkung ergibt sich daraus, dass sich in den nicht-sozialistischen europäischen Industrieländern nach dem Kriegsende in unterschiedlichem Tempo und nach unterschiedlichen Konzepten Wohlfahrtsstaaten herausgebildet haben. Typisch für diese Wohlfahrts-staaten ist, dass mit Steuer- oder Beitragsabgaben auf das Wirtschaftswachstum expandierende Institutionen und Systeme der Sozialsicherung und Infrastrukturen der Daseinsvorsorge finanziert wurden und werden. Deren Aufgabenstellung und Wirkungsweise ist es, die Herstellung, den Einsatz, die Erhaltung und die Stilllegung der Ware Arbeitskraft[29] nicht mehr dem Arbeitsmarkt, der Familie oder den allgemeinen Umständen zu überlassen.[30] Besonders im Gesundheits-bereich, aber auch in zahlreichen anderen Aufgabenfeldern der Herstellung, des Einsatzes, der Erhaltung und der Stilllegung der Ware Arbeitskraft einschließlich ihres Bevölkerungsmantels entstand ein großer Sektor von Versorgungswirtschaft. Die von dieser Versorgungs-wirtschaft erstellten Güter und Dienste, die zu erheblichen Anteilen als steuer- oder beitragsfinanzierte Sachleistungen den Endnutzern kostenfrei, d.h. unabhängig von deren Einkommen zur Verfügung gestellt werden, bewirken, dass die Lebenshaltung der Arbeitnehmer und ihrer Familien, d.h. die Reproduktion der Ware Arbeitskraft nur noch zu einem

---

[27] Pilz, Frank: Die Investitionslenkung im Sozialstaat der Bundesrepublik Deutschland, Göttingen 1983, S. 65 ff., Vesper, Dieter: Vom Stabilitäts- und Wachstumsgesetz zum Europäischen Stabilitäts- und Wachstumspakt. Hrsg. Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin Juni 2007

[28] Dies ist der Grund für die bei der Konzipierung von Konjunkturprogrammen regelmäßig entstehende Diskussion über eventuelle strukturkonservierende oder potentiell strukturinnovierende Wirkungen solcher Konjunkturprogramme. Typisch war die Diskussion über die strukturkonservierende Wirkung der Abwrackprämie als Beitrag zur Erhaltung der Überkapazitäten in der Automobilindustrie. Süddeutsche Zeitung, 23.4.2009 und allgemein Horn, Gustav; Truger, Achim: Ein Wachstumspaket für Deutschland 2009: Ein Neun-Punkte-Programm zur Stützung der deutschen Realwirtschaft. Hrsg. Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung, Policy Brief Oktober 2008, Düsseldorf 2008

[29] Abhängig vom Voranschreiten der Modernisierung, sprich: Singularisierung der Lebensumstände in den zurückliegenden Jahrzehnten wurde dabei die zur Arbeitsbevölkerung zählende, häufig in Form der Ernährer-Ehemannfamilie verfasste Mantelbevölkerung immer weiter reduziert. Parallel dazu etablierte sich eine breite politisch-staatliche Sozialbeobachtung und Sozialberichterstattung, die die Produktion und Reproduktion der Arbeitsbevölkerung und ihrer Mantelbevölkerung zunehmend regelmäßig analysiert und registriert.

[30] Lutz, Burkhart: Der kurze Traum immerwährender Prosperität, Frankfurt am Main und New York 1984, S. 186 - 210

Teil von den konjunkturellen und strukturellen Verkaufschancen und den Preisniveaus auf dem Arbeitsmarkt abhängig ist. Ein wachsender Teil der Einkommen wird mittlerweile außerhalb des Arbeitsmarktes bzw. neben dem Lohn, als beitrags- oder steuerfinanzierter Neben-Lohn, d.h. als soziale Sach- oder Geldleistung sowie als steuer- und gebühren-finanzierte meist kommunale Dienstleistung bezogen.[31]

Diese Nicht-Markteinkommen aus Sozialtransfers des Systems der Sozialsicherung und aus Daseinsvorsorgeleistungen der Kommunen stabilisieren zugleich als „öffentlicher Konsum“ die Inlandsnachfrage und als „öffentliche Investitionen“ das Inlandsproduktionspotential.[32] Dieser gesamte Bereich der Sachleistungen des Systems der Sozialsicherung, insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Gesundheitsversorgung und der vorwiegend kommunalen Daseins-vorsorge hat mittlerweile ein Beschäftigungsvolumen von mehreren Millionen Arbeitsplätzen erreicht und damit nicht nur Ersatz für die in den Nachkriegsjahrzehnten entfallenen Arbeitsplätze im Landwirtschafts- und Industriesektor geschaffen, sondern damit auch lange Zeit ein Überangebot an Arbeitskräften und damit ein Sinken der Löhne verhindert. Durch den Auf- und Ausbau des Wohlfahrtsstaates mit seinen Systemen der Sozialsicherung und seinen Gütern und Diensten der Daseinsvorsorge wurde das kapitalistische Lohngesetz modifiziert. Nach diesem müssen die Unternehmen in monetären Marktwirtschaften die Löhne einseitig als Kosten betrachten und bei jeder sich bietenden Gelegenheit und mit allen sich bietenden Mitteln insbesondere durch Lohnkonkurrenz zu senken versuchen. Damit schwächen sie aber zugleich in ihrer Gesamtheit die für das Wirtschaftswachstum unverzichtbare Gesamtnachfrage.

Seit der Mitte der 1970er Jahre ist in den europäischen Industrieländern vor allem in Deutschland jedoch ein Wandel des Wohlfahrtsstaates, seiner Systeme der Sozialsicherung und seiner Güter und Dienste der Daseinsvorsorge zu verzeichnen: Die viele hundert Milliarden umfassenden Systeme der Sozialsicherung wurden und werden, soweit sie aus Beiträgen, d.h. Neben-Löhnen finanziert werden, durch eine Politik des Leistungsabbaus und der Beitragssenkung benutzt, um über diese Neben-Löhne die gesamten Lohnkosten zu senken. Die ebenfalls viele zig Milliarden umfassende vor allem kommunale Daseinsvorsorge wird, weil sie aus Steuereinnahmen finanziert wird, durch die Abwälzung von Sozialkosten vor allem des Bundeshaushaltes auf die Kommunalhaushalte benutzt, um durch Einschränkung oder Verteuerung

[31] Zur Daseinsvorsorge als „sozialstaatlicher Intervention“: Saekel, Rüdiger: Ordnungspolitische Reformen im Gesundheitswesen: In: Die Sozialversicherung, Frankfurt am Main, 7-1985, S. 176-181
[32] Ebda, S. 196 - 210

der lohnergänzenden kommunalen Güter und Dienste Sozialkosten des Bundes durch die (Arbeitnehmer-)Haushalte mitfinanzieren zu lassen. Ebenso werden durch die Verschlechterung der Kommunalhaushalte und die Verringerung oder Verteuerung der kommunalen Daseinsvorsorge infolge der seit Jahrzehnten immer wieder durchgeführten Steuererleichterungen für Unternehmen, Vermögen und Hocheinkommen diese Steuererleichterungen durch die (Arbeitnehmer-) Haushalte mitfinanziert. Zuletzt wird auch durch die Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen die Geltung von Flächentarifverträgen und die Arbeitsplatzsicherheit in diesem Sektor und damit in der Gesamtwirtschaft geschwächt.[33]

Kritische Studien haben schon frühzeitig auf diese Möglichkeit einer ganz anderen Nutzung des Wohlfahrtsstaates, anstelle der ursprünglich angestrebten Modifizierung als Mittel der indirekten Verschärfung des Lohngesetzes hingewiesen.[34] Die heutige Lage in den Kommunen bildet exakt diesen Wandel der kommunalen Daseinsvorsorge von der Ergänzung und Verbesserung der Lohneinkommen in eine Beaufsichtigungs- und Einsparpolitik vor allem gegenüber den aus der Lohnarbeit Herausgefallenen ab. Die Kommunen sind insbesondere mit den Arbeitsmarkt- und Sozialhilfereformen (Hartz IV) in eine Frontstellung gegenüber einem Teil ihrer Einwohnerschaft gebracht worden.[35]

4.2. Staatsschulden als Lohnvorschuss

Zwischen der ersten großen Wirtschaftskrise nach dem Kriegsende in Deutschland im Zeitraum 1965 und 1966 und der zweiten Krise im Zeitraum 1974 und 1975 waren die Systeme der Sozialsicherung, insbesondere der Gesundheitsversorgung, vor allem aber die allgemeine Daseinsvorsorge im Rahmen der ökonomischen Globalsteuerung der ersten „Großen Koalition“ und der nachfolgenden infrastrukturellen Reformen der „Sozialliberalen Koalition“ massiv ausgebaut worden.[36] Der sogenannte „Staatsverbrauch“ am seinerseits zunehmend

[33] Brandt, Torsten und Schulten, Thorsten: Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und die Erosion des Flächentarifvertrages. In: WSI-Mitteilungen, Düsseldorf 10/2008, S. 570 - 576

[34] Jänicke, Martin: Wie das Industriesystem von seinen Missständen profitiert, Opladen 1979, S. 38 - 48

[35] Der Sozialverband VdK-Bayern hat diesen von der Politik durch die Reformmaßnahmen der letzen Jahrzehnte erzwungenen Funktionswandel der Daseinsvorsorge treffend als „Reformangriff auf das Sozialmodell Deutschland“ bezeichnet: Sozialverband VdK-Bayern (Hrsg.): Reformangriff auf das Sozialmodell Deutschland, München 2003.

[36] Dies gilt vor allem auch für den Ausbau der bevölkerungsbezogenen Leistungen der Kommunen. Memorandum 83 (Hrsg.): Qualitatives Wachstum – Arbeitszeitverkürzung - Vergesellschaftung, Köln 1983, S. 344 ff.

schwächer wachsenden Bruttosozialprodukt stieg in dieser Zeit von nominal 15,2 Prozent im Jahre 1965 auf nominal 20,5 Prozent im Jahre 1975.[37] Dabei nahm der Anteil der Steuereinnahmen an den gesamten Staatsausgaben in diesem Zeitraum von 76,2 Prozent im Jahre 1965 auf 67,2 Prozent im Jahre 1975 ab. Gleichzeitig stieg der Finanzierungssaldo[38] an den öffentlichen Ausgaben von minus 6,7 Prozent im Jahre 1965 auf minus 17,7 Prozent im Jahre 1975.[39] Die Proportion zwischen Bruttoinlandsprodukt und Staatsschulden stieg von 18,4 Prozent im Jahre 1965 auf 24,6 Prozent im Jahre 1975.[40] Vor diesem Hintergrund wurde in Politik und Wissenschaft das Thema „Schuldenexplosion“ diskutiert.[41]

In der Folge kam es noch unter der Sozialliberalen Koalition und nach deren ab 1977 aufgelegtem wachstumsstärkenden „Zukunftsinvestitions-programm“, eingeleitet durch die „Operation ´82“ zu einem scharfen Sparkurs sowohl in den Steuerhaushalten wie auch in den Beitragssystemen und damit zu einer voranschreitenden Abkehr von der wohlfahrtsstaatlichen Flankierung des Lohnpreises des Faktors Arbeit durch Sozialsicherung und vor allem kommunale Daseinsvorsorge. Der Einstieg in diese Abkehr vom Wohlfahrtsstaat durch die Haushalts-konsolidierungspolitik noch der „Sozialliberalen Koalition“ durch Verlagerung von Ausgabenverpflichtungen des Bundeshaushaltes auf die Sozialversicherungsbudgets[42] und auf die Kommunalhaushalte wurde von Kassen und Kommunen als „Politik der Verschiebebahnhöfe“[43] identifiziert.[44] In der Rückschau wurde von allen folgenden Koalitionsregierungen die stetige Zunahme der öffentlichen Schulden[45)]

---

[37] Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1983, Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1983, Tab. 1.1 und 1.3

[38] Differenz zwischen öffentlichen Einnahmen und öffentlichen Ausgaben

[39] Wille, Eberhard, Kronenberger, Stefan: Zielkonflikte im Kontext der Staatsverschuldung. In: Siebert, Horst (Hrsg.): Intertemporale Allokation, Frankfurt am Main, New York 1984, S. 607

[40] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2009 – Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 2009, Tab. 1.27

[41] Wille, Eberhard, Kronenberger, Stefan: A.a.O., S. 607. Der bis heute wissenschaftlich mindere Status der sogenannten „Gesundheitsökonomie“ wird exemplarisch daran deutlich, dass im Schlepptau der makroökonomischen „Schuldenexplosions“-Debatte 1981 für das Gesundheitswesen eine „Kostenexplosion“ erklärt wurde – ausgerechnet auf Wunsch der Deutschen Zahnärzteschaft. J.-Matthias „Graf“ von der Schulenburg: Kostenexplosion im Gesundheitswesen – Folge eines fehlerhaften Steuerungsmechanismus? Hrsg. Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung, Köln 1981

[42] In der Anfangszeit vor allem auf die Gesetzliche Krankenversicherung

[43] Frankfurter Allgemeine Zeitung, 4.9.1981 und Ärzte-Zeitung, 1.10.1982

[44] Diese Verlagerung von Zahllasten des Bundeshaushaltes auf die Sozialversicherungsbudgets und die Kommunalhaushalte betraf u.a. die Arbeitslosenunterstützung, die Gesundheits- und Pflegeversorgung, die Alterssicherung, das Wohngeld und die Ausbildungsförderung. Deutscher Landkreistag: DLT-Information, 10.11.1982

[45] Die Proportion der öffentlichen Schulden zum Bruttoinlandsprodukt stieg von 18,7 Prozent im Jahre 1960 auf 65,9 Prozent im Jahre 2008. Gleichzeitig ging der Zuwachs des Bruttoinlandsprodukts in diesem Zeitraum deutlich zurück. Gleiches gilt für die öffentlichen Ausgaben, die ebenfalls rückläufig

benutzt, um die öffentlichen Haushalte durch anhaltende Steuersenkungen im Bereich der Einkommens- und Körperschaftssteuer und anhaltende Steuererhöhungen im Bereich der Lohnsteuer und der Mehrwertsteuer[46] zu Lasten von Erwerbsarbeit und Lebensunterhalt umzufinanzieren.[47] Die stetig zunehmenden öffentlichen Schulden wurden auch benutzt, um in wachsendem Ausmaß und Umfang Staatsaufgaben, die aus Steuermitteln zu finanzieren waren aus Beitragsmitteln der Sozialversicherungen zu finanzieren und dort dementsprechende Ausgaben- bzw. Leistungskürzungen d.h. ebenfalls Belastungen des Lebensunterhaltes durchzusetzen. Zuletzt wurden diese wachsenden öffentlichen Schulden dazu benutzt, Zahllasten des Bundeshaushaltes auf die Länder- und Kommunalhaushalte abzuwälzen und dort durch Kürzungen der Pflichtleistungen bzw. Rücknahme der Freiwilligleistungen „gegenzufinanzieren".

Natürlich bewirkte diese jahrzehntelange dreifache Verbilligung des Faktors Arbeit durch Lohnzurückhaltung, Neben-Lohndämpfung[48] und Daseinsvorsorge-Bremsung[49] über den damit verbundenen Rückgang des privaten, sozialen und staatlichen Konsums die allbekannte stetige Verringerung des Wirtschaftswachstums, gemessen als Bruttoinlandsprodukt.

Übersicht: Nettorealverdienste in Deutschland 1950 - 2007

Übersicht: Privatkonsum und Staatskonsum in Deutschland 1950 - 2007

Übersicht: Bruttoinlandsprodukt in Deutschland 1950 - 2007

---

waren. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2009 – Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 2009, Tab. 1.2, 1.24 und 1.27

[46] So sank die Proportion der Einkommen- und Körperschaftssteuer zum selbst schwächer wachsenden Bruttoinlandsprodukt von 5,1 Prozent im Jahre 1960 auf nur noch 2,2 Prozent im Jahre 2008. Demgegenüber stieg die Proportion der Lohnsteuer zum Bruttoinlandsprodukt von 2,6 Prozent im Jahre 1960 auf 7,5 Prozent im Jahre 2008. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2002 – Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 2002, Tab. 1.23 und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2009 – Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 2009 Tab. 1.23

[47] Dreizehn Jahre geliehene Macht. In: Der Spiegel, 42/1982, S. 58 -77. Der Pleite-Staat. In: Der Spiegel, 24/1997 S. 22 – 35 und Der Schuldenstaat. In: Der Spiegel, 26/2005, S. 22 - 33

[48] In Form der gegenüber den Systemen der Sozialen Sicherung betriebenen Politik der Beitragssatzstabilität in der Kranken- und Rentenversicherung.

[49] In Form zunächst der Freiwilligleistungen verzehrenden Verlagerung von Pflichtleistungen des Bundes auf die Ebene der Länder und Kommunen und dann als Neuverschuldungsverbot vor allem für die Länder in Form der Schuldenbremse. Goeschel, Albrecht: Schuldenbremse als Finanzputsch: Die Umwandlung der Wirtschaftskrise in noch mehr private und öffentliche Armut. Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, Februar 2009

Übersicht

Nettorealverdienste in Deutschland 1950 - 2007

Verdienste / Jahre	Entwicklung der Nettorealverdienste*
	Prozent jährlich gegenüber Ausgangsjahr
1950 bis 1965	7,01
1966 bis 1989	4,62
1991 bis 2007	**0,11**

*) Je beschäftigten Arbeitnehmer jährlich und mit dem Preisindex der Lebenshaltungskosten deflationiert.

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1980 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1980 sowie Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1992 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1992 und dass. (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2008 - Arbeits- und Sozialstatistik, Berlin 2008

Übersicht

Privatkonsum und Staatskonsum in Deutschland 1950 - 2007

Konsum Jahre	Entwicklung des Konsums*) Prozent jährlich gegenüber Ausgangsjahr		
	Privat	Staat	**Zusammen**
1950 bis 1965	25,6	30,6	26,5
1966 bis 1989	19,7	24,5	20,7
1991 bis 2007	**9,2**	**8,8**	**9,1**

*) In jeweiligen Preisen

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1983 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1983, Tab. 1.4 und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2009 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 2009, Tab. 1.4

Übersicht

Bruttoinlandsprodukt in Deutschland 1950 - 2007

Bruttoinlandsprodukt Jahre	Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts*) Prozent jährlich gegenüber Ausgangsjahr
1950 bis 1965	23,02
1966 bis 1989	14,81
1991 bis 2007	**3,40**

*) Nominal in jeweiligen Preisen

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1980 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1980 sowie Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1992 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1992 und dass. (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2008 - Arbeits- und Sozialstatistik, Berlin 2008

Während einerseits die Nettorealverdienste in Deutschland seit Kriegsende immer schwächer anstiegen und ein immer größerer Anteil der Wertschöpfung als Exportüberschuss aus Deutschland abfloss[50], stiegen der private und der staatliche Konsum, bis 1989 vor allem der staatliche Konsum, deutlich stärker als das Bruttoinlandsprodukt.

Ermöglicht wurde diese wenn auch rückläufige, so doch deutlich über dem Bruttoinlandsprodukt liegende Zunahme des privaten und vor allem des staatlichen Konsums bei stetigem Rückgang der Nettorealverdienste durch die ansteigende Kreditaufnahme des Bundes, der Länder und der Gemeinden.[51] Politisch-ökonomisch gesehen stellt diese Kreditaufnahme des Staates eigentlich eine Kreditvermittlung zwischen „Kapital“ und „Arbeit“ dar: Die von den rückläufigen Arbeitsentgelten unterhaltene Arbeitnehmerschaft einschließlich ihrer Kinder, Hausfrauen, Älteren, Kranken etc. erhält von den Beziehern hoher Einkommen, den Eignern großer Vermögen, den Unternehmen, den Kapitalsammelstellen aller Art wie Versicherungen, Banken, Fonds etc. durch deren Erwerb von Staatspapieren bzw. Kreditvergabe an den Staat und in Form von öffentlichen Gütern und Diensten die vom Lohnaufkommen nicht bezahlbare Lebenshaltung sozusagen „auf Kredit“, oder überspitzt: Als gesamtwirtschaftlichen „Lohnvorschuss“. Es ist in der Tat dringend nötig stets im Auge zu behalten, dass die vieldiskutierten „Staatsschulden“ Kredite sind, die auf unterschiedliche Territorien und ihre Nutzung, d.h. die unterschiedlich ergiebigen Arbeitnehmerschaften und Wirtschaftsvorgänge, die unterschiedlich kostspieligen Bevölkerungen etc. in unterschiedlichen „Ländern“, in Deutschland sind das Bund, Länder und Gemeinden bezogen und durch diese besichert sind.[52] Auf der anderen Seite stellen diese Kredite Forderungen, d.h. Vermögenstitel von Privatpersonen, Unternehmen, Vermögensgesellschaften, Versicherungen, Fonds, Banken etc. dar.[53]

---

[50] So betrug der Anteil des Exportüberschusses an der Verwendung des Bruttoinlandsprodukts im Jahre 1950 nur 2,4 Prozent, im Jahre 2007 jedoch 7,1 Prozent. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1987 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1987, Tab. 1.4 und 1.5 und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2009 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 2009 Tab. 1.2 und 1.4

[51] Van Treek et al.: Finanzsystem und wirtschaftliche Entwicklung: Tendenzen in den USA und in Deutschland aus makroökonomischer Perspektive. Hrsg. Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung, Studies 5/2007, Düsseldorf S. 82 ff.

[52] Insofern stellen die immer zahlreicheren „Rankings“ für die Bundesländer und auch schon für Kreise und Kreisfreie Städte eine Vorform von Bonitätsbewertung für die jeweilige öffentliche Kreditnahme dar. In den USA wurde die Wachstumsstimulierung durch kreditbasierten Konsum nicht als „Staatsschuld“ mit Besicherung durch „Territorien“ samt Bevölkerung, sondern als „Grundschuld“ mit Besicherung durch „Immobilien“ auch einkommensschwacher Besitzer bewerkstelligt. Van Treek et al.: A.a.O., S. 29 ff.

[53] Bei der politischen und ökonomischen Bewertung von Staatsschulden kommt es daher wesentlich darauf an, ob die Verwendung dieser Kredite der Erhöhung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der beziehenden Territorien und ihrer Bevölkerungen und damit der verbesserten Fähigkeit zur Bedienung

Der beschriebene Mechanismus einer Ergänzung und Verbesserung zurückbleibender Einkommen aus Löhnen durch staatskreditfinanzierten öffentlichen Konsum bewirkt eine doppelte Steigerung der Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen: So erhöhen zurückbleibende Löhne die Erträge und vor allem die Gewinne, die dann angesichts schwach bleibender Inlandsnachfrage entweder in verstärkte Exporttätigkeit oder zunehmend in Vermögensanlagen wie etwa dem Erwerb von Staatstiteln erneut profitabel angelegt werden.[54] Allerdings wird durch diesen Mechanismus auch eine doppelte Wachstumsdämpfung erwirkt: Zunächst erhöht die durch mangelnde Inlandsnachfrage forcierte Exportorientierung weiter den „Wettbewerbsdruck" auf die Löhne. Damit wird die Inlandsnachfrage als Voraussetzung für Realinvestitionen weiter verringert. Gleichzeitig wird aber auch der Ausgleichsbedarf absinkender Löhne durch Staatskonsum erhöht, d.h. Finanzinvestitionen in Staatsanleihen werden gegenüber Realinvestitionen noch attraktiver.[55] Es kommt zu dem seit einigen Jahren diskutierten Phänomen der „Profite ohne Investitionen"[56]. Eben diese Entwicklung hat sich offenbar in Deutschland seit Kriegsende immer ausgeprägter vollzogen.

Während in den ersten vier Jahrzehnten nach dem Krieg hohe Steigerungen der Arbeitnehmerentgelte die Staatsschuldenbedienung sozusagen durch „Wachstum", d.h. eine sinkende Relation von Staatsschulden zu Arbeitnehmereinkommen trotz wachsender Staatskredite möglich gemacht haben, ist in der Zeit seit der Wiederver-

---

der Zins- und Tilgungsforderungen dient oder nicht. Bofinger Peter: Wir sind besser als wir glauben, München 2005, S. 127 ff. und van Treek et al.: A.a.O., S 82 ff.

[54] Diese Vorteile perpetuieren sich im Falle von Finanzkrisen. So muss der Staat hochspekulative Finanztitel, sogenannte „toxische" Papiere aus den Banken herauskaufen oder gefährdete Banken aufkaufen, um Störungen der Kreditversorgung der Realwirtschaft zu verhindern. D.h. die „Staatsschuld" ermöglicht nicht nur zunächst Gewinne aus niedrigen Löhnen und Gewinne aus ausgleichender Daseinsvorsorge sondern ersetzt auch noch Verluste aus Spekulation. Thewes, Frank: Enteignet werden bislang nur die Steuerzahler, FOCUS-Online, 16.2.2009 und Süddeutsche Zeitung 23.9.2008 und 23.4.2009

[55] Die Staatsschuld ist sogesehen der Missbrauch der wohlfahrtsstaatlichen Daseinsvorsorge um die realwirtschaftlich nicht mehr profitabel zu realisierenden Gewinne wieder in die nationalen Wirtschaften zurückzuleiten und in Forderungen gegen die gesamten Bürgerschaften, d.h. Steuerzahlerschaften umzuwandeln. Die nur teilweise erfolgreichen Versuche eine Kapitaldeckung der Renten-, Pflege- und Krankenversicherung hätte die andere wohlfahrtsstaatliche Komponente, die Systeme der Sozialsicherung als Rückflusskanal benutzt. Während in den Vereinigten Staaten oder Spanien das fiktive Finanzkapital Wertlos-Immobilien als Ansatzpunkt für seine Rückleitung in die Realwirtschaft benutzt hat bietet hier der Sozialstaat Deutschland werthaltigere Möglichkeiten über die Privatisierung der Daseinsvorsorge und die Kapitaldeckung der Sozialsicherung. Horn et al.: Von der Finanzkrise zur Weltwirtschaftskrise - Teil II. In: IMK-Report, Düsseldorf August 2009, S. 2 ff., ders. et al.: Von der Finanzkrise zur Weltwirtschaftskrise -Teil III. In: IMK-Report, Düsseldorf September 2009, S. 1 ff., Kurz, Robert: Das Weltkapital, Berlin 2005, S.220 - 246 und Lehndorff, Steffen (Hrsg.): Abriss, Umbau, Renovierung? Studien zum Wandel des deutschen Kapitalismusmodells, Hamburg 2009

[56] Van Treek et al.: A.a.O., S. 7 ff. Grundsätzlich kritisch zur Wachstumsstimulierung durch Deficit-Spending, d.h. Staatsschulden Mattick, Paul: Marx und Keynes, Frankfurt am Main 1971, S. 162 - 180

einigung der Staatskredit weit über das Bruttoarbeitnehmerentgelt gestiegen.[57]

Übersicht: Bruttolohneinkommen und Staatsverschuldung in Deutschland 1950 - 2007

In dieser Zeit sind dann auch die Nettorealverdienste, der private und staatlich Konsum und das Bruttoinlandsprodukt, also wichtige realwirtschaftliche Indikatoren rückläufig geworden. Dabei haben sich insbesondere durch die Kosten der Bewältigung der Finanz- und Realkrise einerseits und die bisherige und vor allem zukünftige Konsolidierungs-, d.h. Kürzungs- und Sparpolitik die Bewertungsvoraussetzungen für die Staatsschulden noch einmal erheblich verschlechtert.

Dies deshalb, weil schon bisher die Staatsschulden in Relation zu ihrem eigenen Refinanzierungsfaktor, den Daseinsvorsorgeausgaben für Forschung, Bildung, Soziale Sicherung, Gesundheit, Wohnungswesen, Verkehrs- und Nachrichtenwesen etc. immer stärker angewachsen sind, während die Daseinsvorsorgeausgaben zurückgegangen sind.[58] Die Einbeziehung der Sozialversicherungsausgaben in das Daseinsvorsorgekonto im Jahre 1974 hat diese Entwicklung nur statistisch „geschönt".

Übersicht: Daseinsvorsorge und Staatsschulden in Deutschland 1950 - 2007

Die einige Jahrzehnte wirksame Wachstumsstabilisierung auf dem Wege des Staatskonsums, d.h. der Daseinsvorsorge als Lohnvorschuss ist nun auf dem Umweg über Exportgewinne und deren Finanzwirtschaftsstimulierung wegen der anhaltenden Forderungen des politischen Komplexes der Hocheinkommen, Unternehmen und Vermögen nach wachstumsbelebenden Steuersenkungen zu einer noch strikteren Sparpolitik geworden. Mit dieser Sparpolitik muss den Gläubigern der „Staatskredite", d.h. letztlich der Kredite an die unterbezahlte

[57] Während die Unternehmen in den 1990er Jahren stark in Deutschland investierten, haben sich danach die Investitionen in Direktinvestitionen und Finanzanlagen im Ausland verlagert sofern die Gewinne nicht überhaupt in inländischer Geldvermögensbildungen verblieben sind. OECD-Pressemitteilung, Berlin-Paris, 26.3.2010

[58] In der Literatur wird darauf aufmerksam gemacht, dass Staatsschulden gerade dann expandieren, wenn die Nachfrageförderung mittels Daseinsvorsorgeausgaben im Rahmen von Sparpolitik reduziert wird. Van Treeck u.a.: A.a.O., S. 82 ff. und Süddeutsche Zeitung, 13./14.1.2007
Vor allem dient die angewachsene „Staatsverschuldung" als ideologische Rechtfertigung für die schon beschriebene wirtschafts- und gesellschaftspolitische, seit der Sozial-Grünalternativen Koalition noch einmal verstärkte Abkehr von der Wohlfahrtsstaatskonzeption. Bofinger Peter: Das Jahrzehnt der Entstaatlichung. In: WSI Mitteilungen, Düsseldorf 7/2008, S. 351 - 357

Übersicht

Bruttolohneinkommen und Staatsverschuldung in Deutschland 1950 - 2007

Löhne/Schulden Jahre	Bruttoarbeit-nehmer-Entgelt*)	Öffentliche Schulden**)	Öffentliche Schulden % Bruttoarbeitnehmer-entgelt
	Mrd. EUR		Prozent
1950	23,4	10,5	44,9
1965	119,7	42,4	35,4
1966	128,9	47,2	36,6
1989	639,8	60,3	9,4
1991	847,0	595,9	70,4
2007	**1182,1**	**1502,2**	**127,1**

*) Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit bzw. Bruttoarbeitnehmerentgelt

**) Verschuldung der öffentlichen Haushalte bzw. Kreditmarktschulden im weiteren Sinne Bund, Sondervermögen des Bundes, Länder, Gemeinden

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1983 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1983, ders. (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1984 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1989 und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2008 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 2008

Übersicht

Daseinsvorsorge und Staatsschulden in Deutschland 1950 - 2006

Daseinsvorsorge Jahre	Daseinsvor-sorgeaus-gaben*)	Öffentliche Schulden**)	Öffentliche Schulden % Daseinsvorsorge-ausgaben
	Mrd EUR		Prozent
1950	8,9	10,5	118,0
1965	43,7	42,4	97,0
1966	45,1	47,2	104,7
1975	199,7*)	131,1*)	65,7*)
1989	390,2	472,8	121,2
1991	522,0	595,9	114,2
2006	**747,7**	**1.480,6**	**198,0**

*) Ausgaben von Bund, Ländern, Gemeinden sowie Fonds und Sondervermögen des Bundes für Forschung, Schul- und Hochschulwesen, Soziale Sicherheit, Gesundheit, Sport und Erholung, Wohnungswesen, Verkehrs- und Nachrichtenwesen, Wirtschaftsförderung und Raumordnung. Bis 1974 ohne Sozialversicherung. Ab 1974 mit Sozialversicherung, Organisationen ohne Erwerbszweck, Zweckverbänden sowie Finanzierungsanteil der Europäischen Union

**) Verschuldung bzw. Kreditmarktschulden im weiteren Sinne von Bund, Ländern, Gemeinden einschließlich Zweckverbänden sowie Fonds und Sondervermögen des Bundes

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1983 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1983, Tab. 1.24 und 1.27, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2007 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 2007, Tab. 1.24 und 1.27 sowie dass. (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2009 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 2009, Tab. 1.24 und 1.27

„Arbeitsgesellschaft Deutschland“[59] versichert werden, dass die Verzinsung ihrer Kredite nicht im Zweifel steht.[60] Gerade mit dieser Sparpolitik werden dann aber ausgleichende Staatskredite noch dringlicher, weil sie entlastendes Wachstum dämpft oder verhindert. Die „Staatsschulden“ als Lohnvorschuss stellen eine stete Bedrohung für die „Arbeitsgesellschaft Deutschland“ und die Entwicklung ihres Lebensstandards dar. In der kritischen ökonomischen Literatur wird daher zutreffend unter der Überschrift „ Wohlstand für alle“ ein Ausweg aus dieser „Schuldenfalle“ durch eine Rückkehr zu angemessenen Löhnen und ausreichender Inlandsnachfrage gefordert[61]

4.3. Staatsschulden, Verliererregionen und Unterschicht

Ein Faktor, der die Negativspirale von andauernder Lohnzurückhaltung, noch stärkerer Exportorientierung und bevorzugter Anlage der Weltmarktgewinne in Staatsschuldtiteln wegen anhaltend zurückbleibender Inlandsnachfrage und trotz Sparpolitik steigender Staatsverschuldung zur Aufrechterhaltung der „Arbeitsgesellschaft Deutschland“ noch weiter antreibt, sind die hohen Steuer-einnahmeverluste, die mit den stark ansteigenden Exportüberschüssen verbunden sind. Allein zwischen 2000 und 2007 belaufen sich diese Steuereinnahmeverluste auf ca. 126 Mrd. EUR.

Übersicht: Mehrwertsteuer-Lücke im Wirtschaftsmodell Deutschland 2000 - 2007

Grafik: Mehrwertsteuer-Lücke im Wirtschaftsmodell Deutschland 2000 - 2007

Die Fortsetzung der Exportorientierung im Wirtschaftsmodell Deutschland ist auch mit einem andauernden Druck in Richtung einer Erhöhung der Mehrwertsteuersätze und damit einer weiteren Erschwerung der Lage der auf Inlandsnachfrage angewiesenen Sektoren, Branchen, Unternehmen bzw. der inlandsnachfragegeprägten Regionen verbunden.[62] Dies gilt insbesondere auch für die Kommunen,

---

[59] Goeschel, Albrecht: Mindestlöhne: Wie die Löhne in Deutschland verfallen sind. Arbeitspapier für den Sozialverband VdK-NRW, Marquartstein, April 2010, S. 35

[60] An diesem Dilemma sind zunächst die Christlich-Liberale Regierungskoalition des Helmut Kohl Ende der 1990er Jahre wie auch die Sozial-Grünalternative Regierungskoalition des Gerhard Schröder in der zweiten Hälfte der 2000er Jahre wirtschafts- und haushaltspolitisch gescheitert. Der Pleite-Staat. In: Der Spiegel, 24/1997, S. 21 - 35 und der Schulden-Staat. In: Der Spiegel, 26/2005, S. 22 - 33.

[61] Bofinger, Peter: Wir sind besser als wir glauben, München 2005

[62] Die von der nach vier Jahrzehnten erneuten „Großen Koalition“ mit dem Jahre 2007 beschlossene deutliche Erhöhung der Mehrwertsteuer trug tatsächlich zu einer Verringerung der Neuverschuldung bei und erlaubte weitere Steuererleichterungen für die Wirtschaft. Es ist so gesehen konsequent wenn

Übersicht

Mehrwertsteuer-Lücke im Wirtschaftsmodell Deutschland 2000 - 2007

Jahr	Exportüberschuss[1)] Mrd. EUR	Umsatzsteuer-Verlust Mrd. EUR
2007	**+ 169.840**	**- 32.269**[2)]
2006	+ 126.380	- 20.220
2005	+ 113.330	- 18.132
2004	+ 111.030	- 17.764
2003	+ 85.930	- 13.748
2002	+ 97.720	- 15.635
2001	+ 42.510	- 6.801
2000	+ 7.250	- 1.160
2000 - 2007	**+ 753.990**	**- 125.729**

[1)] Export abzüglich Import
[2)] Ab 2007 gilt ein Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent gegenüber 16 Prozent in den Vorjahren

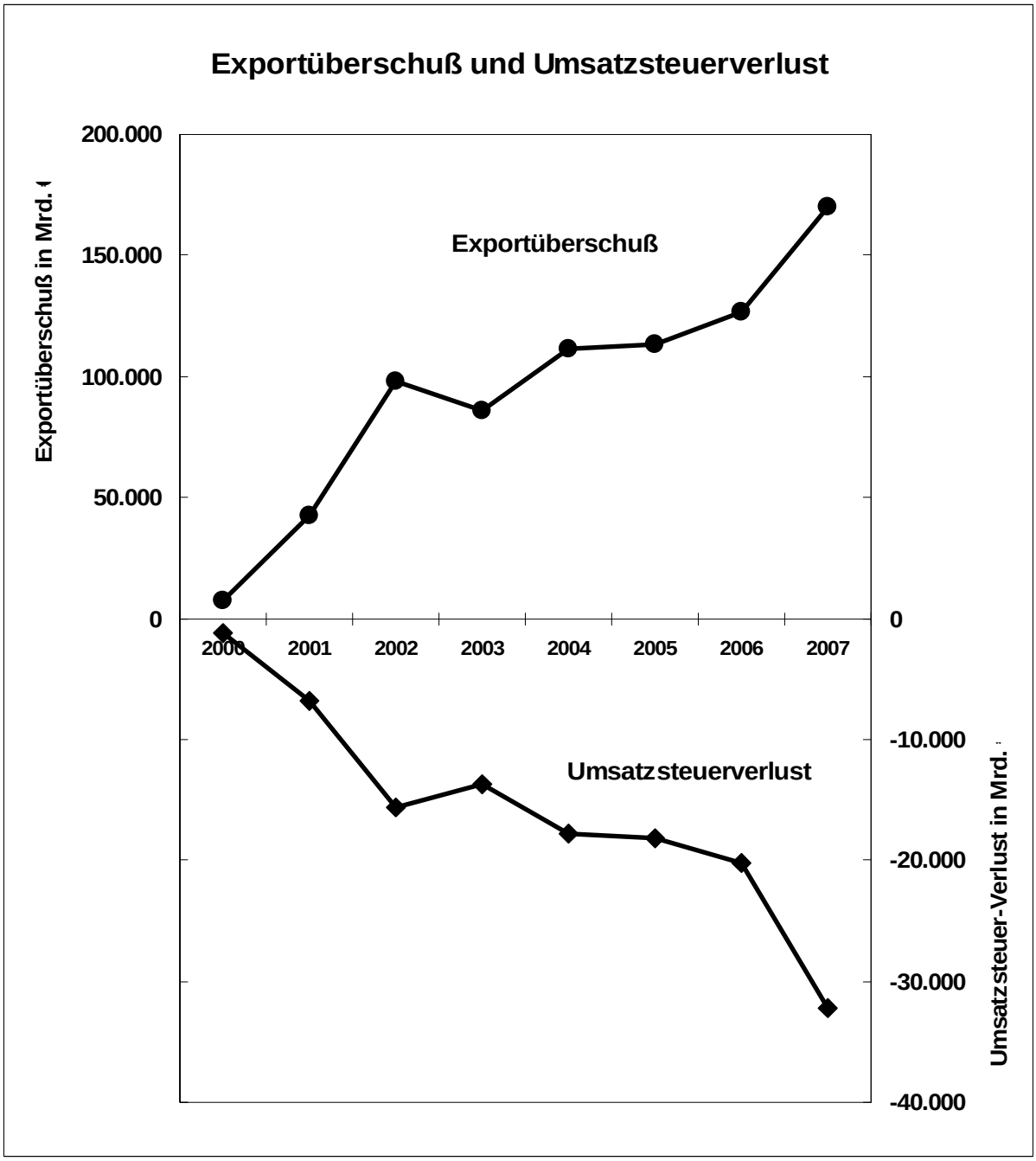
Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch: Arbeits- und Sozialstatistik 2001, Bonn 2001 und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch: Arbeits- und Sozialstatistik 2008, Bonn 2008

---

der Sachverständigenrat zur Handhabung der krisenbedingt stark erhöhten Staatsverschuldung eine weitere Mehrwertsteuererhöhung und Gebührenerhöhungen für kommunale Dienstleistungen fordert. Die zu Recht als Erfolg einer krassen Klientelpolitik der neuen Christlich-Liberalen Koalition seit 2009 kritisierte und belachte Mehrwertsteuersenkung für Hotelleistungen hat allenfalls in Tourismus-regionen eine Spur von Sinnhaftigkeit. Süddeutsche Zeitung, 22.11.2006 und 15.4.2010

Grafik

Mehrwertsteuer-Lücke im Wirtschaftsmodell Deutschland 2000 – 2007



da sich durch Mehrwertsteuererhöhungen die Vorleistungen der Daseinsvorsorge verteuern.[63]

Während die mit hohen Exportüberschüssen verbundenen hohen Mehrwertsteuerverluste sozusagen ein „automatischer Destabilisator“ des bisherigen Wirtschaftsmodells Deutschland sind, der über die beschriebenen Zusammenhänge von Lohnzurückhaltung, Exportorientierung, Nachfrageschwäche, unvermeidlichen Sozialtransfers und Anlagebereitschaft in Staatsschuldtiteln die Staatsschulden einnahmeseitig erhöht, hat die Mehrheitspolitik des Bundes und der Länder zu Beginn des Jahres 2009 einen ausgabenseitigen „Stabilisierungsautomatismus“ in Gestalt der in die Verfassung aufgenommenen „Schuldenbremse“ eingeführt. Allerdings wird in der wirtschaftspolitischen Diskussion scharf kritisiert[64] und in wissenschaftlichen Untersuchungen analysiert[65,] dass auch diese Schuldenbremse ein „automatischer Destabilisator“ wird, da sie über die massive Drosselung der öffentlichen Investitions- und Konsumausgaben vor allem auf Länderebene die im Wirtschaftsmodell Deutschland sowieso insuffiziente Inlandsnachfrage noch weiter schwächt.

4.3.1. Schuldenbremse, Mehrwertsteuer-Lücke und Verliererregionen

Die Schuldenbremse als ausgabenseitiger „automatischer Destabilisator“ und die exportbedingte Mehrwertsteuer-Lücke als einnahmeseitiger „automatischer Destabilisator“ innerhalb des spezifischen Wirtschaftsmodells Deutschland haben noch eine weitere Dimension: Die der Verschärfung regionaler Disparitäten. Es sind zunächst die Bundesländer, deren teilweise extrem unterschiedliche Wirtschaftslage durch die Schuldenbremse noch verfestigt wird und über deren Haushaltsblockierung dann auch die Kommunalebenen dieser Länder verstärkt unter Druck geraten.[66] Zusätzlich schlagen aber auch die exportbedingten Mehrwertsteuerausfälle über die Länderanteile und die Gemeindeanteile am Umsatzsteueraufkommen auf die Kommunalebene durch. Es werden also ausgelöst durch die fehlkonzipierte, jedoch in der Verfassung verankerte Sparpolitik „Verliererregionen“ produziert. Dies

[63] Süddeutsche Zeitung, 12./13.11.2005

[64] Ende Mai 2009 veröffentlichten etwa 100 Persönlichkeiten, darunter 60 Hochschulprofessoren eine Aufruf zum Verzicht auf die Schuldenbremse.

[65] Horn et al.: Die Schuldenbremse - eine Wachstumsbremse? IMK-Report, Düsseldorf Juni 2008; Oberhauser, Alois: Verbot staatlicher Neuverschuldung. In: Hagemann et al.: Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht, Marburg 2008, S. 365 - 374; Truger, Achim, Will, Henner: Finanzpolitische und makroökonomische Risiken der Schuldenbremse in Schleswig-Holstein. IMK-Policy-Brief, Düsseldorf, August 2009

[66] Süddeutsche Zeitung, 30./31.5/1.6.2009

steht im Widerspruch zum Sozialstaatsziel gleichwertiger Lebensverhältnisse, das ebenfalls in der Verfassung verankert ist.

Insbesondere die Schuldenbremse macht deutlich, dass die Sparpolitik, als Verstärker der Staatsverschuldungsmechanismen, auch zu Verfassungskonflikten führt.[67] Dies zeigt der geschilderte Versuch der neuen Christlich-Liberalen Koalition, die Schuldenbremse durch einen Schattenhaushalt zur Defizitfinanzierung der Arbeitslosen- und der Krankenversicherung zu umgehen und so Spielraum für Steuersenkungen zu gewinnen.[68]

Übersicht: Konsolidierungsbedarf im Bundeshaushalt infolge Schuldenbremse

Sowohl die im Koalitionsvertrag der Christlich-Liberalen Koalition von Bundeskanzlerin Angela Merkel vorgesehenen „Steuerentlastungen“ wie auch die im Wachstumsbeschleunigungsgesetz von Ende 2009 beschlossenen Steuersenkungen verschlechtern noch einmal die Finanzlage der Länder.[69] Wenn man den Vorgaben des Koalitionsvertrages folgen würde, ergäben sich zwischen 2010 und 2013 für die Länder Steuerverluste in Höhe von rund 40 Mrd. EUR und für die Gemeinden in Höhe von nochmals ca. 13,7 Mrd. EUR.

Übersicht: Steuerverzichte 2010 – 2013

4.3.2. Gesundheitsfonds, Krankenhausreform und Verliererregionen

Untersuchungen zu den Wirkungen der umfangreichsten Steuerreform der Nachkriegszeit, der großen Steuerentlastungsreform des Jahres 2000 haben gezeigt, dass diese Steuerentlastung zusammen mit der streng an den EUR-Stabilitätskriterien orientierten Sparpolitik am Ende eine weitere Erhöhung der Staatsschuld und nur minimale Wachstumssteigerungen bewirkt haben. Diese Konsolidierungsstrategie „scheiterte dramatisch“.[70] Es muss also damit gerechnet werden, dass genau diese mit Schuldenbremse, Mehrwertssteuerlücke und Wachstumsbeschleu-

[67] Goeschel, Albrecht: Schuldenbremse als Finanzputsch? Die Umwandlung der Wirtschaftskrise in noch mehr private und öffentliche Armut, Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Marquartstein, Februar 2009

[68] Süddeutsche Zeitung, 20.10.2009 und 23.10.2009. Schon die Christlich-Liberale Koalition unter Bundeskanzler Helmut Kohl hatte durch die Bildung von Schattenhaushalten, d.h. diversen Sonder-Fonds wie z.B. den Fonds Deutsche Einheit die Finanzverfassung Deutschland zu umgehen versucht. Der Pleite-Staat. In: Der Spiegel, Hamburg 24/1997, S. 22 ff.

[69] Süddeutsche Zeitung, 27.10.2009

[70] Truger u.a.: Alternative Strategien der Budgetkonsolidierung in Österreich nach der Rezession Gutachten für die Arbeitskammer Wien, Düsseldorf März 2010. Zitat nach: Böckler-Impuls, Düsseldorf, 6/2010

Übersicht

Konsolidierungsbedarf im Bundeshaushalt infolge Schuldenbremse*)

2011	2012	2013
4,9 Mrd.	11,1 Mrd.	18,5 Mrd.

*) Unter Berücksichtigung der Konjunkturpakete I und II

Quelle: Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.): Entwurf des Bundeshaushaltes 2010 und der Finanzplan des Bundes 2009 bis 2013 Monatsbericht Juli 2009

Übersicht

Steuerverzichte 2010 - 2013

nigungs- d.h. Steuersenkungsgesetz angelegte „Konsolidierungs-strategie“ der gegenwärtigen Koalition ebenfalls scheitern und die regionalen Disparitäten zwischen den Ländern und zwischen den Kommunen weiter verstärken wird.

Hier kommt nun noch eine weitere Reform der vormaligen „Großen Koalition“ ins Spiel, deren gesamtwirtschaftliche Wirkungen stets nur verengt auf die „Stabilisierung“ der Beiträge zur Krankenversicherung, d.h. verengt auf die Fixierung und damit relative Senkung des Neben-Lohnes für die Gesundheitsversorgung gesehen wird. Die Rede ist hier von dem ab 2009 wirksam gewordenen „Gesundheitsfonds“ und dessen Verschärfung der regionalen Disparitäten. Das von diesem zentralen Gesundheitsfonds bewegte Beitragsvolumen beträgt ca. 170 Mrd. EUR und bewegt sich damit im Größenordnungsbereich des Mehrwert-steueraufkommens. Die spezifische Eigenschaft dieses zentralen Gesundheitsfonds liegt darin, dass er alle Teilräume Deutschlands mit einem einheitlichen Beitragssatz auf die dortigen sozialversicherungs-pflichtigen Einkommen abschöpft. Vergleichsweise „günstig“ kommen dabei Regionen mit einer hohen Dichte atypischer Beschäftigungs-verhältnisse davon. Umgekehrt fließt nach den Regelungen der Rückverteilung der Beitragsmittel nach Maßgabe des sogenannten Gemeinsamen Bundesausschusses, der Zentralen Budgetdeckelung und der regional teilweise extrem unterschiedlichen Dichte und Gliederung der Gesundheitsinfrastruktur nur in solche Regionen wieder in etwa soviel Geld zurück wie abgeflossen ist, deren Niveau, Struktur und Volumen an Gesundheitsinfrastruktur in etwa dem der mit Einheitsbeiträgen abgeschöpften Beschäftigung entspricht. Bezogen auf den Ausstattungsfaktor „Arztpraxen“ ist hier davon auszugehen, dass die privilegierten Regionen wie z.B. der Alpennordrand mit seiner besonders hohen Arztdichte deutlich mehr aus dem Gesundheitsfonds zurück-erhalten als sie in diesen leisten. Prima vista, d.h. nach dem kartografischen Augenschein der regionalen Verteilung der Arbeitnehmerentgelthöhen, aber vor allem auch der Geringfügigbeschäftigtenquoten und der Arztpraxen- und Krankenhausbettendichten werden gegenüber „Gewinnern“ wie etwa den begünstigten Alpennordrandregionen bspw. die westdeutschen Regionen mit mittlerem Einkommen und eher dünner Gesundheits-infrastruktur die „Verlierer“ sein.[71] Hauptgewinner wird allerdings der Bundeshaushalt sein der über Versicherungsfremde Leistungen und

[71] Goeschel, Albrecht: Räumliche Auswirkungen des Gesundheitsfonds. Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, Januar 2009; Goeschel, Albrecht, Martens, Rudolf: Gesundheitsfonds macht Regionen arm. Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, Oktober 2008 sowie Martens, Rudolf: Gesundheitsfonds macht Regionen arm. Hrsg. Der Paritätische Gesamtverband, Berlin, Dezember 2008

Verschiebebahnhöfe Zahlungslasten in den Gesundheitsfonds verlagert.[72]

Übersicht: Finanzströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2009

Exemplarisch stellt sich die über Jahrzehnte erfolgte Abwälzung der „Sparkomponente“ des Wirtschaftsmodells Deutschland auf die wirtschaftlich weit auseinanderliegenden Bundesländer im Bereich der Krankenhausversorgung dar. Die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland benennt im Art. 74 Abs. 1 Ziff. 19a GG die Krankenhausversorgung ausdrücklich zwar als einen der Daseinsvorsorgebereiche, die Gegenstand konkurrierender Gesetzgebung von Bund und Ländern sind, Bundesregierungen und Kassenverbände haben aber über Jahrzehnte alles unternommen, um ihr Ziel der Einsparung von Steuermitteln für Krankenhausausgaben und ihr Ziel der Fixierung der Beitragssätze in der Krankenversicherung, d.h. der realen Senkung der Neben-Löhne zu erreichen. Wesentlicher Hebel hierfür war neben der Budgetierung und Pauschalierung der Krankenhausleistungsfinanzierung die weitgehende Eliminierung der vormaligen alleinigen Planungskompetenz der Bundesländer bezüglich der Krankenhausinfrastruktur.[73] Erleichtert wurde diese Eliminierung der Planungskompetenz der Länder als einer wichtigen „Sparvoraussetzung“ durch die finanzielle Austrocknung vor allem der wirtschaftsschwächeren Länder. Gerade bei diesem sparpolitisch motivierten Umbau der Länderaufgabe Krankenhausversorgung handelt es sich um ein verfassungspolitisch höchst fragwürdiges Vorgehen.[74]

4.3.3. „Standortwettbewerb“, Gewinnerregionen und Verliererregionen

Das Wirtschaftsmodell Deutschland mit den Komponenten Lohnzurückhaltung, Exportorientierung, Lohnausgleich durch Sozialsicherung und Daseinsvorsorge und Finanzanlage in die wachsende Staatsschuld ist mit einem Dauerzwang zum „Sparen“ verbunden, um die Finanzanlage

---

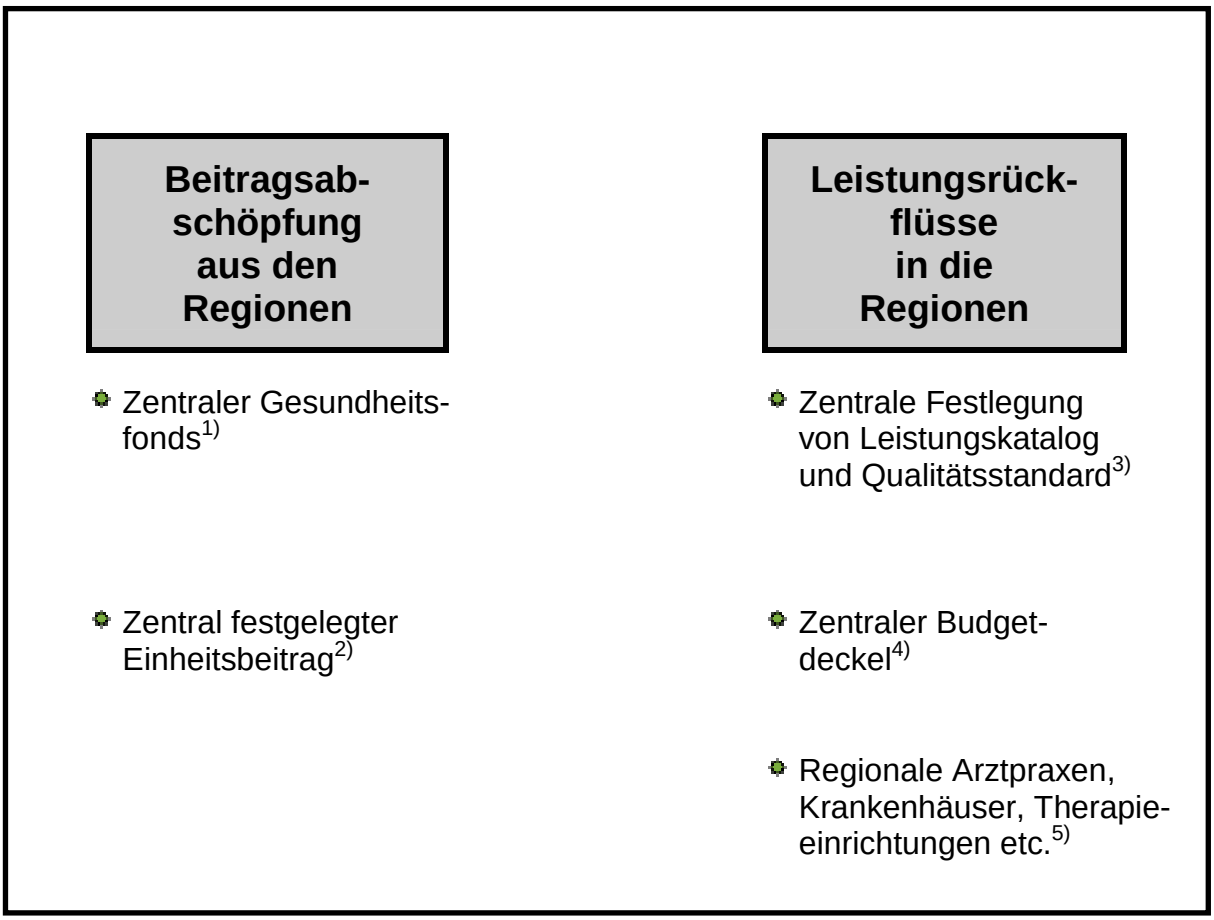
[72] Goeschel, Albrecht: Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung. In: Der Steuerzahler, Wiesbaden 2/2007, S. 3 - 4 und ders.: Export-Terror gegen den Sozialstaat: Wirtschaftskonzept des Politischen Systems zerstört Soziale Ordnung in Deutschland. In: Gesundheitspolitik, Frankfurt am Main, 3-2007, S. 69 - 72

[73] Bruckenberger, Ernst: Öffnung des Krankenhauswesens für Kapitalinvestitionen: Vor allem Kassenverbände und Bundesregierungen ebneten den Weg in die Privatisierung In: Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „ Wirtschaftlichkeit“ - Was brauch NRW: Soziale Krankenhäuser oder Gesundheits-Kaufhäuser?, Düsseldorf 2009, S. 5 - 26

[74] Zander, Thomas: Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Prüfstein des sozialen Bundesstaats. In: Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): A.a.O., S. 75 - 86

Übersicht

Finanzströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2009



[1] Gesundheitsfonds gemäß § 271 SGB V
[2] Allgemeiner Beitragssatz gemäß § 241 Abs. 1 SGB V
[3] Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V
[4] Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V
[5] Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern gemäß §§ 69 - 140 h SGB V

zu sichern bzw. durch laufende Steuererleichterungen die Gewinne zu verbessern, Wachstum zu generieren.

Es wurde gezeigt, wie das sich daraus ergebende Dilemma, ausgedrückt durch Mehrwertsteuerlücke, Schuldenbremse, Gesundheitsfonds und Steuersenkungen durch die Aussonderung besonders schwacher Länder „gelöst" wird.[75] Ein Weg, die politische Verantwortung für die Aussonderung schwacher Länder als „Sparopfer" zu verwischen ist die politische Formel vom „Wettbewerbs-Föderalismus", bei dem die Lage der Länder als Ergebnis vom Wettbewerb dargestellt wird. Dabei wird unterschlagen, dass dieser „Wettbewerb" nur noch um Reste von Kompetenzen, Finanzen etc. geht. Über die Hauptmasse der Finanzen und Kompetenzen verfügt schon lange der Bund. Es wurde bereits gesagt, dass die in den zurückliegenden Jahren zahlreich gewordenen Ländervergleiche, Bundesländer-„Rankings" auch die Funktion von Kreditwürdigkeitsbewertungen der Länder erfüllen. Sie verbreitern und vertiefen die Voraussetzungen für die Ausschöpfung der Länderhaushalte als Kapitalanlagesphären. Diese Ländervergleiche bieten aber auch die Möglichkeit, die kreislaufökonomischen Wechselbeziehungen zwischen den Ländern zu identifizieren, die mit den Schlagworten „Wettbewerbs-Föderalismus" und „Standortwettbewerb" allenfalls angedeutet sind. Mit diesen Begriffshülsen wird vor allem verdeckt, dass es gerade die ausnahmslos negativ bewerteten Länder mit ihrer hohen Pro-Kopf-Staatsverschuldung sind, die in den Austauschbeziehungen auf Länderebene unverzichtbar sind.

Zunächst ist festzuhalten, dass in dem neuesten auf den Meinungsmarkt gebrachten Ländervergleich[76] der wesentlichste Indikator gar nicht dargestellt wird – die „Arbeitnehmereinkommen". Dies gilt im übrigen auch für die „Ländervergleiche", die von anderen Stellen in der jüngeren Vergangenheit vorgelegt worden sind.[77] Wenn dieser Mangel geheilt wird und der Indikator „Arbeitnehmerentgelt" für ein etwas früheres Jahr als das der übrigen Indikatoren – um deren Reaktion auf die unterschiedliche Entgelthöhen abbilden zu können – einbezogen wird, ergeben sich folgende zunächst hypothetischen, aber in jedem Falle komplexer modellierten Zusammenhänge bzw. Wechselwirkungen:

---

[75] Die Krankenhausversorgung als Bereich der Länderschwächung hat dabei die politisch wohl längste Geschichte.

[76] Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Die Bundesländer im Standortwettbewerb 2009/2010, Gütersloh 2010

[77] Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung: Talente, Technologie und Toleranz – wo Deutschland Zukunft hat, Berlin 2007; dass.: Deutschland 2020 – Die demografische Zukunft der Nation, Berlin 2005; Hypo-Vereinsbank (Hrsg.): Fit für die Zukunft? Die Bundesländer im Vergleich, Hamburg 2007 und Prognos AG (Hrsg.): Zukunftsatlas 2007 – Deutschlands Regionen im Zukunftswettbewerb, Basel 2007

Zunächst haben die Süd-Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern und Hessen, die beiden See- und Hafenzentren Bremen und Hamburg sowie das Wirtschaftsland Nordrhein-Westfalen ein deutlich höheres Entgeltniveau als die übrigen alten und vor allem die neuen Bundesländer.

Übersicht: Wirtschaftsindikatoren der Länder in Deutschland 2002 und 2005 – 2007

Das gleiche Gefälle von den Süd-Bundesländern, sowie von Bremen und Hamburg etc. vor allem zu den neuen Bundesländern wie es bei der Höhe der Arbeitsentgelte festzustellen ist gilt auch für die Wirtschaftsleistung, d.h. das Bruttoinlandsprodukt der Bundesländer. Regional, hier: föderal besteht also ein positiver Zusammenhang von hohen Arbeits-Löhnen und hoher Wirtschafts-Leistung. Dies spricht ganz deutlich gegen die These der Talk-Show-Ökonomie, hohe Löhne würden das Wachstum beeinträchtigen. Die insbesondere im Wirtschaftsland Nordrhein-Westfalen ausgeprägte Geringfügig-Beschäftigung zeigt, dass die hohen Arbeitsentgelte dort durch Geringfügigentgelte kompensiert werden, also eine Entgeltspreizung nicht nur zwischen bspw. den Sektoren und Branchen, sondern auch zwischen Regionen zu beobachten ist.[78]

Interessant ist, dass die Investitionstätigkeit anders als die Arbeits-Löhne und die Wirtschafts-Leistung verläuft: Die Länder mit den höheren Arbeitnehmerentgelten und dem höheren Bruttoinlandsprodukt haben die niedrigeren Investitionsquoten. Von Ausnahmen abgesehen gelten für die Länder mit der hohen Wirtschaftsleistung und den hohen Arbeitsentgelten, aber den niedrigen Investitionsquoten zugleich höhere Außenverflechtungen, d.h. höhere Relationen der Ausfuhren und Einfuhren zum Bruttoinlandsprodukt.

Eine plausible Erklärung, für deren Widerlegung oder Bestätigung allerdings ganz andere als die in den reichlich simplen Ländervergleichen herangezogenen Indikatoren benötigt werden, kann in der real stattfindenden „Arbeitsteilung“ und nicht im ideologisch geforderten „Wettbewerb“ zwischen den verschiedenen Bundesländern bzw. Bundesländergruppen gesucht werden. Diese „Arbeitsteilung“ kann so aussehen, dass Teile etwa des produzierenden Gewerbes in den Hochlohn- und Hochleistungsländern mit Produktionen in die Niedriglohn- und Niedrigleistungsländer ausweichen und mit diesem Kostenvorteil ihre Exportposition stärken. Es ist dann plausibel, dass

[78] Siehe Karte S. 118

Übersicht

Wirtschaftsindikatoren der Länder in Deutschland 2002 und 2005 – 2007

Indikatoren / Länder	Arbeitnehmer-Entgelte[1] EUR	Bruttoinlands-Produkt[2] EUR	Investitions-Quote[3] Prozent	Außen-Prägung[4] Prozent	Finanz-Ausgleich[5] EUR	Schulden-Stand[6] EUR
Hamburg	3034,-	48.600,-	1,45	92,6	-408,1	12.304,-
Hessen	2962,-	33.900,-	2,79	52,2	-523,4	4.903,-
Baden-Württemberg	2942,-	31.700,-	3,17	73,8	-350,6	3.800,-
Bayern	2849,-	33.300,-	3,20	61,1	-322,8	1842,-
Bremen	2834,-	38.300,-	2,93	98,8	+484,8	20.089,-
Nordrhein-Westfalen	2809,-	28.100,-	2,71	64,3	-157,3	6202,-
Berlin	2716,-	23.900,-	2,94	23,3	+815,5	16985,-
Rheinland-Pfalz	2691,-	24.900,-	2,92	59,9	+0,1	6383,-
Saarland	2675,-	27.200,-	3,16	82,8	+175,8	8250,-
Niedersachsen	2658,-	24.700,-	2,41	65,5	+91,6	6082,-
Schleswig-Holstein	2573,-	24.900,-	2,52	52,5	-13,8	7617,-
Brandenburg	2240,-	19.600,-	4,78	37,9	+713,8	6690,-
Sachsen	2174,-	20.900,-	6,69	37,1	+793,4	2709,-
Sachsen-Anhalt	2171,-	20.300,-	4,65	37,5	+793,2	7915,-
Thüringen	2166,-	19.900,-	4,57	26,4	+822,4	6652,-
Mecklenburg-Vorpommern	2145,-	19.300,-	4,91	21,1	+857,1	6168,-
Alle Länder	**2725,-**	**28.200,-**	**3,06**	**68,7**	**177,5**	**5789,-**

1) Arbeitnehmerentgelte je Arbeitnehmer.
Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2002

2) Bruttoinlandsprodukt je Einwohner.

3) Anteil der Investitionsausgaben des verarbeitenden Gewerbes am Gesamtumsatz des verarbeitenden Gewerbes.

4) Summe der Ein- und Ausfuhren in Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt. Jeweils je Einwohner.

5) Absolute Leistungen im Länderfinanzausgleich und Umsatzsteuervorwegausgleich je Einwohner.
Positives Vorzeichen für empfangene Zahlungen. Negatives Vorzeichen für geleistete Zahlungen.

6) Kreditmarktschulden im engeren Sinne je Einwohner.

Quelle: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Die Bundesländer im Standortwettbewerb 2009/2010, Gütersloh 2010

entsprechende Investitionen in den Produktionsapparat der Niedriglohn- und Niedrigleistungsländer erfolgen.

Der einigen der alten und mehrheitlich der neuen Bundesländer vorgehaltene hohe Bedarf an Transferzahlungen aus dem Horizontalen Länderfinanzausgleich sowie der vorgehaltene hohe Schuldenstand ist in diesem Modell dann auch das Ergebnis der dort niedrigen Löhne die zwar die Wirtschafts- insbesondere Exportleistung der wirtschaftsstarken Bundesländer begünstigen, aber in den schwächeren Ländern eine niedrigere Wirtschaftsleistung und ein niedrigeres Steueraufkommen bewirken, dafür aber höhere Daseinsvorsorgeleistungen erfordern. Dies ist dann eine der Ursachen für die höheren Schuldenstände der schwächeren Länder[79]. Ganz anders als im diskriminierenden „Wettbewerbsmodell“ zeigt das „Arbeitsteilungsmodell“ dass schwächere Länder für die Gewinnsteigerung gebraucht werden und dass sie mit ihrer Verschuldung zusätzlich noch ein profitabler Markt für Kapitalanleger sind.

4.3.4. „Geringqualifizierte“, Lohnspreizung und Unterschicht

Ähnlich wie die definitorische Schaffung von Abstiegsländern d.h. Verliererregionen deren Rolle im Rahmen „regionaler Arbeitsteilung“ unter dem Gesichtspunkt fiskalischer Konsolidierungsziele unzutreffend in „föderalen Wettbewerb“ umformuliert wird verfährt man auch bei der definitorischen Schaffung einer „Unterschicht“.

Hierzu ist zunächst anzumerken, dass ein Debatte darüber, ob und warum es eine „neue“ Unterschicht, ein Prekariat o.ä. in Deutschland gibt Mitte der 2000er Jahre, also in zeitlichem Zusammenhang mit dem Wirksamwerden der großen Arbeitsmarkt-„Reform“ (Hartz IV) begonnen hat. Diese Diskussion hat die bis dahin eher moralisierende Erörterung wachsender Armut insofern politisch angeschärft, als sie das Anwachsen der Bevölkerungsgruppen in prekären Lebenslagen mit realen Tendenzen sozialer Ausgrenzung und vor allem mit Verschiebungen im politischen Wahlverhalten verknüpft hat.[80] Die gesamte Debatte und auch die auslösenden und begleitenden Analysen und Studien lassen sich auf die Kernaussage reduzieren, dass „Bildungsdefizite“ die neue

[79] Die für die wirtschaftsstarken Bundesländer auffallend hohen Schuldenstände der drei Standorte Berlin, Bremen und Hamburg sowie des von Saarbrücken geprägten Saarlandes hängen neben den zusätzlichen Regierungssitzkosten auch mit den durch keine Flächenbevölkerung statistisch gemilderten Ballungsraumkosten dieser Großstädte zusammen. Hierfür sprechen u.a. die in Berlin, Bremen und Hamburg besonders hohen Ausgaben für öffentliches Personal pro Kopf. Hypo-Vereinsbank (Hrsg.): A.a.O., S. 20

[80] Alber, Jens, Fliegner, Florian: Eine merkwürdige Debatte. In: WZB-Mitteilungen, Berlin Dezember 2006, S. 22 – 24 und Böhnke, Petra: Mittendrin und trotzdem draußen? In: WZB-Mitteilungen, Berlin Dezember 2006, S. 34 - 37

Unterschicht ausmachen. In Zusammenhang mit einem vorgeblich unvermeidlichen Rückgang an einfacher Arbeit[81] und einer angeblich nicht ausreichenden Herausdifferenzierung von Niedriglöhnen für unqualifizierte[82] Arbeit werden solche „Bildungsdefizite“ dann im Rahmen eines „Wettbewerbsmodells“ des Arbeitsmarktes benutzt, um die reformpolitisch durchgesetzte Herausbildung eines mittlerweile zahlenstarken Niedriglohnsektors zu legitimieren. Dabei zeigen empirische Untersuchungen, dass einfache Arbeit auch im Produktionsbereich der deutschen Wirtschaft einen gewichtigen und nachhaltigen Anteil stellt[83], dass der Anteil qualifizierter Arbeitnehmer auf den ihrerseits stark ansteigenden Niedriglohnarbeitsplätzen stetig steigt und dass der Abstand zwischen den verschiedenen Lohngruppen deutlich ausgeprägt ist[84]. Damit ist das „Wettbewerbsmodell“, demzufolge für Geringqualifizierte wegen wettbewerbsverzerrend zu hoher unterer Löhne keine Arbeitsplätze zur Verfügung stehen würden zwar empirisch nicht haltbar, ideologisch als Begründung für die reformpolitische Durchsetzung eines Niedriglohnsektors[85)] dafür aber umso brauchbarer.

Theoretisch anspruchsvoller und empirisch gehaltvoller als das nur ideologisch gut brauchbare „Wettbewerbsmodell“, bei dem gering-qualifizierte Arbeit durch Niedriglöhne wieder wettbewerbsfähig gemacht werden soll und mit dem übrigens die ebenso schlichte Vorstellung korrespondiert, die Arbeitsmarktprobleme ließen sich durch mehr „Bildung“ lösen, ist das „Umverteilungsmodell“. Im Umverteilungsmodell wird davon ausgegangen, dass die Lohnquote in den zurückliegenden Jahrzehnten zunächst schleichend, in den letzten Jahren dann aber sprunghaft zurückgegangen ist.[86] Wichtig dabei ist, dass dieses Absinken der Lohnquote einerseits durch die in Teilen des Dienstleistungssektors

---

[81] Abel, Jörg et al.: Einfacharbeit in der Industrie. Status quo und Entwicklungsperspektiven. Technische Universität Dortmund (Hrsg.): Soziologisches Arbeitspapier Nr. 24 - 2009

[82] Schettkat, Ronald: Lohnspreizung – Mythen und Fakten Hrsg. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 2006

[83] Abel Jörg: A.a.O.

[84] Kalina, Thorsten, Weinkopf, Claudia: Konzentriert sich die steigende Niedriglohnbeschäftigung auf atypisch Beschäftigte? In: Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung 4/2008, S. 447 – 469, bes. S. 462 und Schettkat, Ronald: A.a.O., S. 16

[85] Nach neueren Berechnungen liegt die Anzahl der Niedriglohnbeschäftigten mittlerweile bei 2,8 Millionen Beschäftigten und entspricht damit etwa 21,5 Prozent aller abhängig Beschäftigten. Kalina, Thorsten, Weinkopf, Claudia: Niedriglohnbeschäftigung 2007 wieder gestiegen - zunehmende Bedeutung von Niedriglöhnen. IAQ-Report, Duisburg-Essen, 05-2009

[86] So stieg die unbereinigte Lohnquote in Westdeutschland von 58,4 Prozent im Jahre 1950 auf 65,3 Prozent im Jahre 1965. Von 65,3 Prozent im Jahre 1965 stieg sie dann auf 71,0 Prozent im Jahre 1991 in Gesamtdeutschland. Im Jahre 2004 fiel sie allerdings auf 68,0 Prozent und erreichte im Jahre 2008 nur noch 65,0 Prozent. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1983 - Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1983, Tab. 1.9 und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2009 - Arbeits-und Sozialstatistik, Bonn 2009, Tab. 1.9.

besonders niedrigen Löhne, aber auch durch die im Produktionssektor im internationalen Vergleich zu niedrige Löhne bedingt ist.[87] Die politische Durchsetzung eines wachsenden Niedriglohnsektors auch über den Weg der Schaffung einer Niedrigeinkommensbevölkerung[88], die über den Mechanismus des „Aufstockens“ mit den „Bedarfsgemeinschaften“ der Existenzminimumbevölkerung (Hartz IV)[89] verflochten ist und mit dieser große Teile der Bevölkerung unter Armutsrisiko[90] stellt bewirkt eine „Lohnteilung“ zwischen den zwar ebenfalls unterdurchschnittlich, aber vergleichsweise höher bezahlten Beschäftigten im Produktionssektor und den noch wesentlich niedriger bezahlten Beschäftigten im Dienstleistungssektor. Die Dienstleistungsbeschäftigten kommen bevorzugt aus der Niedrigeinkommensbevölkerung, häufig auch aus der Existenzminimumsbevölkerung.[91]

Diese „Lohnteilung“ auf der Grundlage der politisch durchgesetzten Ausgrenzung einer bevorzugt durch „Bildungsferne“ definierten „Unterschicht“[92] bzw. Niedrigeinkommens-, Existenzminimums- oder Armutsbevölkerung hat aber neben der dumpinglohnbedingten Förderung bspw. der Exportüberschüsse und Exportgewinne auch förderliche Wirkungen für den Staatshaushalt.

4.3.5. Staatsschulden, Steuerbelastung und Unterschicht

Diese förderliche Wirkung besteht vor allem einnahmeseitig darin, dass zunächst die Lohnquote, das Arbeitnehmerentgeltvolumen und damit die Basis für das Aufkommen an Massensteuern wie Lohn- und Einkommenssteuer, aber auch Mehrwertsteuer darstellt. Bei einer wenig ausgeprägten Spreizung der Löhne und einer geringen Spreizung der

---

[87] Joebges et al.: Deutsche Arbeitskosten im europäischen Vergleich: Nur geringer Anstieg. In: IMK Report, Düsseldorf Dezember 2009.

[88] Infratest Sozialforschung (Hrsg.): Soziale Lage und Einkommensdynamik im unteren Einkommensbereich, München 2002

[89] Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.): Hartz IV- weil der Lohn nicht reicht. In: Arbeitsmarkt aktuell, Berlin 02/2010

[90] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland – Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Entwurf vom 19.05.2008, Berlin 2008, Tabelle V 3

[91] Die gewinnsteigernde Wirkung dieser „Lohnteilung“ stellt sich dar als Zurückfallen selbst der Reallöhne bei gleichzeitiger Anhebung des Qualifikationsniveaus der Arbeitnehmer. Brenke, Karl: Reallöhne in Deutschland über mehrere Jahre rückläufig. In: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Wochendienst, Berlin 12.8.2009, S. 550

[92] Vor diesem Hintergrund wird der ideologische Gehalt des Geredes von der „Wissensgesellschaft“ erkennbar das vor allem der Abgrenzung der Mehrheit gegenüber der Minderheit der „Bildungsfernen“ dient. Im hochschulischen Kernbereich der „Wissensgesellschaft“ gab es vormals durchaus ein „Bewusstsein“ über die dort obwaltende „Datenhuberei“ und „Fachidiotie“, die sich heute als „Wissensgesellschaft“ aufplustert. Goeschel, Albrecht: „Wissensgesellschaft“: Adaption der Qualifikationen, Mentalitäten und Milieus an den Exportkapitalismus Deutschland. Koppetsch, Cornelia (Hrsg.): Nachrichten aus den Innenwelten des Kapitalismus. Zur Transformation moderner Subjektivität, VS-Verlag, Wiesbaden 2011, S. 51 - 78

Einkommen würden im Falle rückläufiger Lohnentwicklung wie sie derzeit gilt und trotz des politisch vielbeklagten frühzeitigen Anstiegs der Steuerprogression, hohe Zahlen von Lohnempfängern und hohe Anteile des Lohnaufkommens unter den Freibetragsgrenzen bleiben. Damit verbunden wäre das Risiko ungenügender Steueraufkommen. Durch „Lohnteilung“ kann hier erreicht werden, dass weiterhin die Gewinne durch Lohnstagnation oder Lohnregression gestärkt werden und durch besonders niedrige Löhne auf der einen Seite vergleichsweise deutlich höhere Löhne auf der anderen Seite bezahlt und besteuert werden können. Gleichzeitig wird diese Höherbesteuerung der Gutverdiener durch die Beitragsbemessungsgrenzen in der Sozialversicherung abgemildert während die Bezieher niedriger Einkommen schon bei geringem Verdienst mit Beiträgen belastet werden. „Lohnteilung“ bedeutet somit, dass durch Ausgrenzung einer „Unterschicht“ eine ergiebig besteuerbare „Mittelschicht“ geschaffen wird.[93] „Unterschicht“ wie „Mittelschicht“ sind dabei zusammen die Finanzierungsgarantie für die „Staatsschuld“.

Bei der Besteuerung geht es darum möglichst viel Lohneinkommen in die höheren Steuersätze, d.h. nach rechts zu verschieben ohne gleichzeitig das Lohnvolumen, die Lohnquote zu erhöhen. Gleichzeitig leistet die besonders hohe Beitragsbelastung des unteren Lohnbereichs dort für eine ergänzende Abschöpfung.

Grafik: Steuersätze und Sozialbeiträge

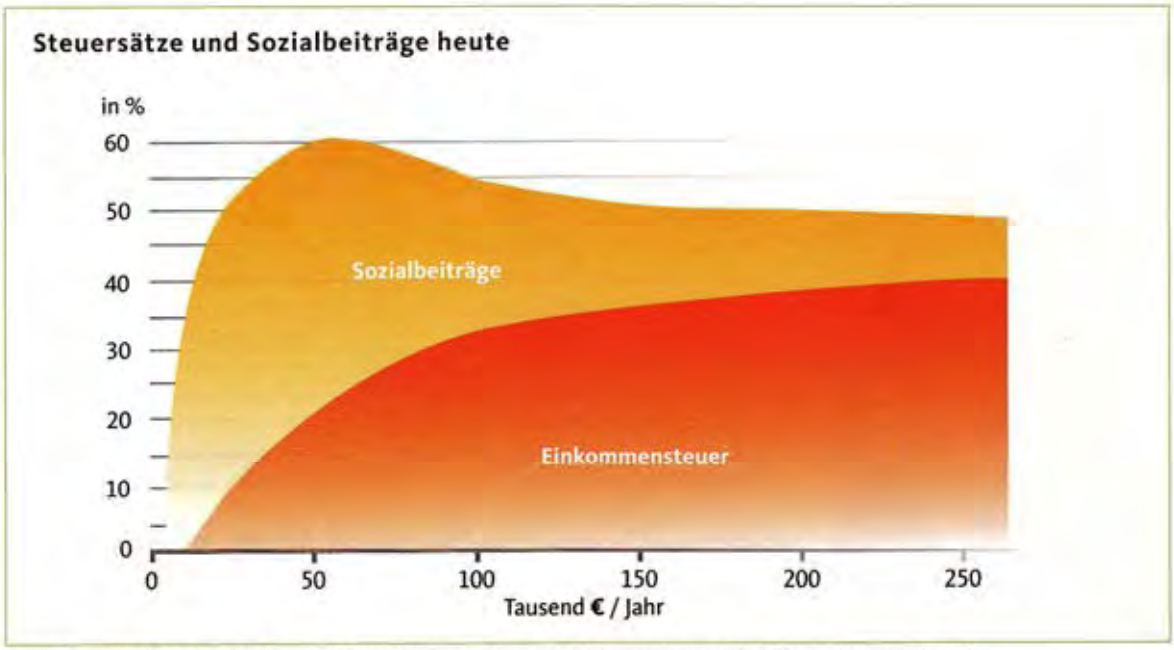
5. Gesundheitsreformdiskussion: Business-Medizin und (Pflege-) Grundsicherung

Die Pflegeversicherung als institutionell-funktioneller Puffer im System Deutschland mit seiner Kombination von Lohnverzicht, Daseinsvorsorge und Staatsschuldverschiebung auf die Regional- und Kommunalebene analog der Grundsicherung ist nicht das Ergebnis einer neoliberalen Politikverschwörung sondern ebenso wie die Grundsicherung das Ergebnis einer interessenpolitisch-situationsopportunistischen Handlungsoptimierung der Hauptbeteiligten: Bundeshaushaltspolitik, Wirtschaft, Gewerkschaften, Bundessozialpolitik, Kassenspitzenverbände, Länder, Kommunalverbände, Parteien und „Professoren“. Es erscheint nicht abwegig für die Zukunft eine Spaltung in krankenkassenfinanzierte Business-Medizin und pflegekassenfinanzierte „medizinische“ Grundversorgung zu erwarten.

[93] Hermann, Ulrike: Hurra, wir dürfen zahlen – Der Selbstbetrug der Mittelschicht, München 2010

Grafik

Steuersätze und Sozialbeiträge



Quelle: Bundesministerium der Finanzen / Statistisches Bundesamt / Einkommensteuergesetz (EStG) / abgabenrechner.de

Zitat nach: Soziale Ordnung, Berlin 4-2010

Nachfolgend werden schon einmal die Diskussionsphasen nachgezeichnet die dann hierzu geführt haben werden.

Dabei wäre es keineswegs nur eine Ironie der Geschichte, wenn die aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung mit ihrer Business-Medizin aus Gründen erleichterter Verschiebepolitik ausgegrenzte „Regionaldimension“ nunmehr im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung als Minimal-Medizin bspw. dazu instrumentalisiert würde, die noch vorhandenen Potentiale von Familiengesundheit und Angehörigenpflege kostensparend auszuschöpfen. Die plötzlich auch in der Mainstream-Gesundheitsdiskussion formulierte Sympathie für das „Regionale“ lässt hier das Allerschlimmste hoffen.

5.1. „Professoren“ als Stichwortgeber

Zunächst muss daran erinnert werden, dass noch in den 1970er Jahren in Westdeutschland ein junger Arzt seine Standesrechte hatte verlieren sollen, weil er das Thema „Geld“ im Zusammenhang mit „Gesundheit“ öffentlich diskutieren wollte und damit gegen die Regeln des Standes verstoßen hatte – fünf Jahrzehnte nach diesem „Fall Mausbach“[94] wird noch im entlegensten ärztlichen Kreisverband diskutiert, wie viel Ethos ärztlichen Handelns das Monethos der Gesundheitswirtschaft noch zulassen kann.

Dass sich in nur vierzig Jahren der gesundheitspolitische Diskurs in sein Gegenteil verkehrt hat, bedarf näherer Betrachtung und Erklärung vor allem auch deshalb, weil seine heutige Ausprägung sonst nicht zutreffend eingeschätzt und seine zukünftige Auswirkungen nicht verlässlich abgeschätzt werden können.

Wesentliche Voraussetzung dafür, dass in der Gesundheitspolitik insbesondere Wertdebatten und Wissenschaftsdiskurse eine so zentrale Rollen spielen ist der systembedingte enge Zusammenhang von solidarischer Beitragsfinanzierung und gewinnorientierter Leistungserbringung, d.h. die Notwendigkeit andauernder und mehrseitiger Legitimation von Abgabenerhebung, Umverteilung, Gewinnerzielung etc. in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung. Erst durch diesen sozialen und institutionellen Resonanzkörper des spezifischen deutschen sozialstaatlichen Gesundheitswesens hat eine eher dürftige „Gesundheitsökonomie“ ,auf weite Strecken ist sie nicht mehr als eine deskriptive Branchenstatistik, und haben eher unbedeutende „Gesundheitsökonomen“, auf weite

[94] Wulff, Erich: der Arzt und das Geld. In: Das Argument, Berlin 11/12-1971, S. 955 - 970

Strecken eher „Branchenbetriebswirte“, eine Deutungshoheit und Bedeutung erlangen können, die ihnen vor den Maßstäben einer tatsächlichen Sozial-, Regional- und Makroökonomie nicht wirklich zukommt.

Es war in der Tat wirkungsanalytisch gesehen vor allem ihre Rolle als „Stichwortgeber“ in den wesentlichen Transformationsdiskursen der vormaligen wohlfahrtsstaatlich-ständischen Gesundheitsversorgung, die einer ganzen Galerie von Akademikern Experten- und Kommissionspositionen, ja teilweise überhaupt erst ihre Professuren eingebracht hat – ähnlich wie bei der durchaus auch nicht kleinen Schar ihrer wissenschaftlich-politischen Widersacher.

Aus der Rückschau können einige große Diskurse identifiziert werden, bei denen „Professoren“ wertende, insbesondere abwertende Begriffe und Bilder als „Stichworte“ mehr propagiert als diskutiert und mit Hilfe der Fach- und Allgemeinmedien kolportiert haben, aus denen dann die Partei- und Verbändepolitik „Reformprogramme“ gefertigt hat. Diese Diskurse waren aber nur der kommunikative Nebelschleier, in und unter dem das parlamentarisch-administrativ-korporatistische System dann Gesetze, Verordnungen und Verwaltungshandeln mit teilweise ganz anderen Wirkungen als die gestellten Aufgaben geformt hat.

5.2. Kostendämpfung durch Eigenverantwortung

Ein erster dieser Diskurse entfaltete sich zwischen der Mitte der 1970er Jahre regelrecht erfundenen „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen und der Mitte der 1980er Jahre auf ihren Höhepunkt kommenden regelrechten Professoren-Kampagne gegen „Anspruchsdenken“ und „Entmündigung“ und für mehr „Eigenverantwortung“ und „Selbstbeteiligung“.[95] Protagnisten dieser Kampagne waren z.T. heute noch rührige Namen wie Beske, Neubauer, Oberender, Schulenburg aber auch mittlerweile verstummte Gesundheitswissenschaftler wie Herder-Dorneich, Münnich oder Zoller. Das Personal dieses Diskurses besetzte dann auch unter Ausschluss der fundamentalistischten Prediger die von der Regierungspolitik geschaffenen Institutionen der Dauerbeobachtung und Dauererörterung der Entwicklung im Gesundheitswesen, insbesondere den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

[95] Bonn ist auf dem falschen Weg: In: Selecta, München März 1984

5.3. Beitragssatzstabilität und Organisationsreform

Von diesem Gremium wurden kontinuierlich seit der zweiten Hälfte der 1980er Jahre Struktur-, Prozess- und Orientierungsdaten zur Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung zusammengetragen und vorgestellt. Wohl wurden dabei zwar die Pauschalideologien des „Entmündigungs"-Diskurses nicht mehr reproduziert, dafür jedoch insbesondere unter der Prämisse der „Beitragssatzstabilität" die soziale Krankenversicherung mit ihren realen Sachleistungen systematisch für eine staatliche Lohn- und Einkommenspolitik neben der autonomen Tarifpolitik und mit dem Ziel einer Abflachung der Lohnkurve instrumentalisiert. Charakteristisch war dabei eine spezifische Art der Problemmodellierung auf der Grundlage der als solche unhinterfragten Begriffe, Institutionen, Strukturen, Prozesse und Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Gesundheitsversorgung.[96] Mit dem Abrücken von den vormaligen Pauschalideologien war gleichzeitig ein Absehen von vor- und übergeordneten Gesellschaftskonzepten verbunden. Aus den Wirtschaftsverbänden wurde parallel dazu seit mindestens einem Jahrzehnt die mit der Lohnfortzahlung zusammenhängende „Krankenstand-Debatte" geführt.

Der Schwerpunkt des damaligen Reformdiskurses wurde auf immanente und mittelfristige Probleme wie etwa die Risiko- und Beitragssatzunterschiede innerhalb der ja selbst zu hinterfragenden Teilgruppe der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten je nach Kassenarten (bspw. AOKen und EKen) gelegt. Dieser Diskurs lieferte im wesentlichen die Begründungslage für die Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahr verabschiedeten „Reformen" der Gesundheitsversorgung mit ihrer fundamentalen Schwächung der Länderkompetenz bzw. Stärkung der Bundeskompetenz durch entsprechende Krankenhausregelungen sowie eine vereinheitlichende Krankenkassenneuordnung. Gesamtwirtschaftlich und gesamtgesellschaftlich entscheidender war aber die hinter diesem Problem- und Lösungsschleier vollzogene Beitragssatzstabilisierung bzw. Gesundheitsbudgetierung durch die Bindung des Gesundheitsverbrauchs an die Grundlohnsteigerung. Protagonisten dieses „entideologisierten", zugleich aber technokratisch-systemverändernden Diskurses waren Namen wie Arnold, Henke, Neubauer, Pfaff, Schwartz etc.

[96] Holler, Albert: Zukünftige Trends im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Pro Pharma Inform, Frankfurt 20-1984, S. 26 - 29

5.4. Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit

Eine dritte Stufe in der Gesundheitsreformdiskussion lässt sich zeitlich nach den großen Gesundheitsreformen bzw. nach der Wiedervereinigung erkennen: Eine nur noch im Rahmen der stagnativen Lohnentwicklung zugelassene sowie von den politisch durchsetzungsstarken Leistungsanbietergruppen beanspruchte Morbidität, die der tatsächlichen Epidemiologie immer weniger entspricht, machte die sozusagen „politisch-ökonomische“, nicht mehr ärztlich-medizinische Morbidität der „Budgetierung“ aus. Gleichzeitig waren durch die Preisgabe des partiellen Regionalprinzips in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch alle sonstige sozialen und ökonomischen Bindungen dieses Budgets mit Ausnahme der Lohnkosten bzw. der Anbieterinteressen beseitigt worden. Nun wurde „Wettbewerb“ zur Lösungsformel für alle in diesem Budgetsystem nicht lösbaren Probleme. Nachdem das entscheidende Ziel einer sozusagen automatisierten Lohn- und Einkommenspolitik durch Beitragssatzstabilisierung und Budgetierung erreicht war, mussten dessen zwingende Folgen, nämlich verschärfter Leistungsabbau vor allem auch den zur Liquidierung anstehenden Kassenorganisationen und Leistungsanbietern, bspw. Krankenhäusern durch verstärkte Ideologieproduktion nahegebracht werden: „Wettbewerb“ und „Wirtschaftlichkeit“, insbesondere in der Krankenhausversorgung, aber nunmehr als systemisches Umbauziel, auch „Eigenverantwortung“ waren nun für Jahre das zentrale Thema im Gesundheitsdiskurs, den die bekannten oder wiederaufgetauchten Sprecher wie Arnold, Henke, Neubauer, Oberender, Schwartz, Wille etc. anführten. Prof. Norbert Walter, Chefökonom der Deutschen Bank, blieb mit seiner damaligen Forderung nach vollständiger Privatisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in einer Außenseiterposition, gegenüber der die zuvor beschriebenen Stichwortgeber und Diskutanten als vergleichsweise „gemäßigt“ erscheinen konnten.

Anzumerken ist dabei, dass in dieser Phase, in der sich auch noch die Zusammenlegung der Gesundheitssysteme der beiden deutschen Staaten einerseits und die heraufziehende Europäische Währungsunion mit ihren Spardiktaten andererseits auswirkten bzw. abspielten vergleichsweise zu wenig beachtet und unterschätzt weil außerhalb der zentralen Anliegen von Gesundheitspolitik, Kassenverbandspolitik und Gesundheitswirtschaftsinteressen eine weitere Sozialversicherung eingeführt wurde: Die Soziale Pflegeversicherung. Ihr vorbereitender und begleitender Diskurs blieb bei allen heftigen Auseinandersetzungen im

Politischen System eigenartig blass.[97] Das beinahe ein Jahrzehnt zuvor anstoßgebende Pfaff-Gutachten erklärt dies: Die Pflegeversicherung war insbesondere ein Instrument zur Befreiung der Gesundheitswirtschaft vom „Sozialballast".

5.5. Krankenhausmarkt und Kassenwettbewerb

Ende der 1990er Jahre war dann der systemische Widerspruch zwischen der Budgetierung der Krankversicherungsausgaben mit dem Ziel der Lohnabflachung in der Gesamtwirtschaft und zwischen den Absatznotwendigkeiten der weiter zu einer umsatz- und arbeitsplatzstarken Dienstleistungsbranche gewachsenen Gesundheitswirtschaft so eklatant geworden, dass Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung nicht länger nach dem Kostenparadigma allein diskutiert werden konnten. Ein Sondergutachten des Sachverständigenrates zum Thema „Gesundheitswesen als Kostenfaktor und Zukunftsbranche"[98] fing diesen Widerspruch ein, ohne allerdings auf der Ebene der Bundespolitik zu angemessenen Konsequenzen zu führen. Vielmehr wurde in den ersten Jahren des neuen Jahrtausends in einer massiven Kampagne von Bundesregierung und Spitzenverbänden der Krankenversicherung bei gleichzeitigem Erlahmen der politischen und finanziellen Widerstandskraft der Länder die Krankenhausfinanzierung von der Daseinsvorsorge durch Bedarfsplanung, Investitionsfinanzierung und Kostendeckung auf Wettbewerb und Leistungspreise umgestellt und hierdurch die bisherige ausgeprägte Sozialfunktion der Krankenhausversorgung einschließlich der Pflegekomponente eliminiert bzw. minimiert. Protagonisten dieser Marktorientierung im stationären Kernbereich der Gesundheitsversorgung waren wieder Namen wie Arnold, Neubauer, Oberender und Wasem. Als gesundheitspolitisch-gesundheitsökonomisches Endziel wurde in dieser Zeit die Beseitigung der letzten Reste der Bedarfsplanung und Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder und statt dessen eine unternehmensähnliche Gesamtfinanzierung, die sogenannte „Monistik" aus den abgerechneten Leistungspreisen und möglichst Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern angestrebt. Hierfür plädierte u.a. dezidiert AwD-Professor Rürup.

---

[97] Götting, Ulrike; Hinrichs, Karl: Probleme der politischen Kompromissbildung bei der gesetzlichen Absicherung des Pflegefallrisikos. Eine vorläufige Bilanz. In: Politische Vierteljahresschrift, Opladen 1-1993, S. 47 - 71

[98] Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. I und II, Baden-Baden 1996 und 1997

Der „Wettbewerbs“- und „Wirtschaftlichkeits“-Diskurs mit seiner Konzentration auf den stationären Sektor hat ähnlich wie im Bereich der Krankenkassenorganisationreform einen semantischen Nebelschleier erzeugt, in und hinter dem diesmal unter den Bedingungen der schon verankerten Budgetierung insbesondere der Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen dort ein lukrativer Gesundheitsmarkt mit erklärter Gewinnerzielungsabsicht eröffnet wurde. Dies hat sich u.a. in einer Welle von Verkäufen öffentlicher Krankenhäuser an private Klinikkonzerne bzw. von Zusammenlegungen öffentlicher Krankenhäuser zu öffentlichen Großkliniken vollzogen.[99] In der Krankenhauspolitik lässt sich die ganz spezifische Art der Neoliberalisierung, d.h. Deregulierung in Deutschland, nämlich ihre Rechtfertigung gerade auch innerhalb eines sozialdemokratisch-alternativpolitischen Diskurses exemplarisch nachzeichnen: Als Dauererzählung vom „Klassenlosen Krankenhaus“ der 1960er Jahre zum „Krankenhaus im Wettbewerb“ der Jahre um 2005.

Der semantische „Exit“ aus dem mit einem Gesundheitsmarkt verbundenen Dilemma von Selektion, Exclusion und Entsolidarisierung einerseits, „Solidarität“ und Pflichtbeitragsfinanzierung andererseits wurde, verbunden mit Namen wie Lauterbach und Rosenbrock in einem „Qualitätsdiskurs“ gesucht, der unter verschiedenen Überschriften nach der Jahrtausendwende geführt wurde[100] und zur Etablierung eines entsprechenden Institutes führte – das mittlerweile aber seiner Kontrollfunktion schon wieder weitgehend beraubt ist. Das damals von Professor Lauterbach ausgegebene Stichwort lautete: Zweiklassen-Medizin bezogen auf die Qualität der Versorgung.[101]

Sehr viel folgenreicher war die nach der Wiederwahl der sozialdemokratisch-grünalternativen Koaltion dann sehr absichtsvoll von der zuständigen Bundesministerin losgetretene Diskussion über die optimale Zahl der Krankenkassen und die spätere Einsetzung einer Kommission zur Krankenversicherungsneuordnung. Dieses Reformziel muss dabei im Kontext der jahrelangen Arbeitsmarktreform, verbunden mit dem Namen Hartz gesehen werden. Stichwortgeber für die Krankenkassendiskussion waren nun zwei scheingegnerische Lager mit Protagonisten wie Börsch-Supan, Franz, Henke, Knappe, Lauterbach, Rosenbrock, Rürup, Wasem, Wille etc. und den Themen „Pauschalprämie“ versus „Bürgerversicherung“.

---

[99] Böhlke et al.: Privatisierung von Krankenhäusern, Hamburg 2009

[100] Glaeske et al.: Weichenstellung für die Zukunft. In: Frankfurter Rundschau, Frankfurt am Main 04.12.2001

[101] Lauterbach, Karl: Der Zweiklassenstaat: Wie die Privilegien Deutschland ruinieren, Berlin 2007, S. 57 - 124

Zum politikwissenschaftlichen Grundwissen gehört, dass während politisch-ideologischer Debatten materiell-praktisch solche Positionen wirksam werden, die latent schon strukturell-institutionell eventuell sogar prozedural angelegt, aber kommunikativ noch nicht anerkannt sind. Konkret: In der damaligen Situation einer insbesondere im Kernbereich der stationären Versorgung vorangetriebenen Durchsetzung eines „Gesundheits-Marktes“ mit zunehmend umsatzsteuerpflichtigen Aktivitäten und den dort vorherrschenden Erwerbseinkommen aus eher niedrig bezahlter, d.h. verbrauchsrelevanter Beschäftigung machte die von der neuen Großen Koalition verfügte drastische Mehrwertsteuererhöhung die Gesundheits-„Wirtschaft“ und ihre Gesundheits-„Arbeiterinnen- und Arbeiter“ zu einer bedeutenden Verbrauchssteuerquelle. Neben der Verlagerung „Versicherungsfremder Leistungen“ aus dem Steuerhaushalt in die Krankenversicherung wurden nun auch die direkten und indirekten Mehrwertsteuereinnahmen aus der Gesundheitswirtschaft auch von ihren Arbeitskräften zu einer der Hauptgegenfinanzierungen für die seit Jahrzehnten betriebene Politik der Steuererleichterung für Unternehmen, Vermögen und Hocheinkommen.

5.6. Kopfpauschale, Bürgerversicherung und Zentralfonds

Die Versicherungsfremdleistungen der Krankenversicherung als Ansatzpunkt für einen Diskurs über die Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung haben, soweit sie von den Professoren Beske und Schmähl thematisiert worden sind, durch ihre spezialistische Reduktion zunächst keine ausreichende ordnungspolitische Durchschlagskraft entwickelt sondern sind in einer eher entpolitisierten Diskussion über die Gerechtigkeitsaspekte einer Steuer- bzw. Beitragsfinanzierung einerseits und einer Übernahme der Kinderausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung durch den Bundeshaushalt andererseits untergegangen.

Allerdings lieferte die gleichzeitige feuilleton-ökonomische Diskussion über Zivilgesellschaft, Einfachsteuer und Bürgergeld etc., angeführt u.a. von dem Münchner Soziologie-Professor Beck einerseits und dem Heidelberger Rechtsprofessor Kirchhof andererseits den semantischen Hintergrund für eine bis heute anhaltende Debatte über die Scheinalternative von nunmehr „Kopfpauschale“ versus „Bürgerversicherung“ in den Jahren 2000 – 2010.[102]

[102] Neuerlich befasste sich auch die Reformkommission des Deutschen Gewerkschaftsbundes mit dieser Alternative. Deutscher Gewerkschaftsband (Hrsg.): Reformkommission: Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft, Berlin 2010

Hintergrund ist eine Problemmodellierung, bei der unter dem heutzutage eher verdachterregenden Gerechtigkeitsgesichtspunkt erörtert wird, ob ein Solidarausgleich bezüglich der gesundheitlichen Daseinsvorsorge gleichwertig belastender zwischen einkommensunterschiedlichen und abgabeunterschiedlichen Beitragszahlern oder zwischen abgabeneinheitlichen Beitragszahlern und einkommensunterschiedlichen Steuerzahlern erreicht werden kann, wie also Versicherung und Umverteilung am belastungsgerechtesten ausgewogen werden können. Dabei gilt für die Anfang der 2000er Jahre von der CDU ins Spiel gebrachte und von einer breiten Professorenregie applaudierte und argumentierte Pauschalprämie bzw. Kopfpauschale, dass diese von Anbeginn an auch als Einstieg in den Umstieg vom Umlage- auf ein Kapitaldeckungsverfahren diskutiert wurde. Protagonisten waren und sind hier vor allem die Professoren Börsch-Supan, Franz, Henke, Knappe, Rürup und Wille. Kennzeichnend war und ist für die Pauschalprämiendiskussion dass sie zusätzlich zur offenen Staatsfinanzierung aus den Krankenkassenbeiträgen via Versicherungsfremdleistungen auch eine Steuererleichterung für Gutverdiener und Hochverdiener aus Krankenkassenbeiträgen beinhaltet: Zwar sollen von der Pauschalprämie Überforderte einen Sozialzuschuss aus Steuermitteln erhalten, durch die Pauschalprämie Begünstigte aber brauchen keine Ausgleichsabgaben bei der Besteuerung leisten.

Vor allem aber erfährt durch die Verallgemeinerung des Prämiensystems die anteilsstarke Steuerfinanzierung der Kapitaldeckungsversicherung für Gesundheit, die so genannten Private Krankenversicherung (PKV) über die dort mehrheitlich versicherten Beamten eine breite Legitimation. Die Gruppe der Beamten zählt auch nach der Darlegung der Kapitaldeckungsversicherung eindeutig zu den Gut- und Hochverdienern und erhält im Krankheitsfall Beihilfezahlungen als Besoldungsanteil. Für zusätzliche Kosten werden häufig PKV-Verträge geschlossen – sozusagen ein Kombimodell aus Steuern und Prämien.

Die Konzeption der Bürgerversicherung setzt grundsätzlich zwar kritisch an dieser Doppelstruktur von Umlage – bzw. Kapitaldeckungsversicherung an, hat sich im Diskussionsverfahren jedoch bereits selbst auf Minimallösungen zurückgenommen. Mit dem richtigen Argument, dass Beitragsfinanzierung besser vor Staatszugriffen schützt und mit der richtigen Forderung nach Abbau bzw. Ausgleich der Versicherungsfremdleistungen würde durchaus eine bessere Problemlösung der Finanzierungs- und Sozialausgleichsdefizite erreicht. Mängel im Gerechtigkeitsbereich bedeutet die weiterbestehende vor allem Gutverdienerfamilien begünstigende Familienmitversicherung.

Eine Zurücknahme der durch das GRG abgebauten Versicherungspflicht für Gut- und Hochverdiener und eine Einbeziehung weiterer Einkommensquellen wie im Einkommenssteuerrecht vermeiden auch die verdeckte Steuerbegünstigung für Gut- und Hochverdiener im Pauschalprämienkonzept mit seiner fehlenden Ausgleichsabgabe.

Entscheidende Schwäche der Bürgerversicherung ist damit aber zugleich, dass sie durch diese Verbreiterung der Einnahmen aus weiteren Einkommensquellen die Beiträge noch stärker einer allgemeinen Gesundheitssteuer als Verbrauchssteuer[103] annähert. Vor allem fehlt eine aus der Lohnfortzahlung entwickelte **Eigenbeteiligung der Wirtschaft** vor allem wenn sie als Minderarbeitgeber agiert an der Gesundheitsversorgung. Hier ist an eine analog zum (Negativ)beispiel der Niedriglohnaufstockung durch Arbeitslosengeld II konstruierte Ausgleichsabgabe für Prekarbeschäftigte zu denken.[104]

Insgesamt leidet die Präsentation der Bürgerversicherung daran, dass sie nicht ausreichend verdeutlicht, dass das Pauschalprämienmodell vor allem dazu dient, den sinkenden Wert der Arbeit, ausgedrückt durch stagnative oder rezessive Löhne nun auch bei den Neben-Löhnen nicht nur leistungsseitig durch Budgetierung sondern auch beitragsseitig durch Prämienpauschalen für die Arbeitgeber durchzusetzen. Ebenso fehlt eine offene Diskussion über das zu Legitimationszwecken in den Vordergrund gestellte Problem der „Generationengerechtigkeit“. Auch kapitalgedeckte Systeme sind demografiesensibel, da Entsparen aus Altersrückstellungen Ansparen aus Einkommensüberschüssen benötigt – hierbei im Unterschied zum Umlageverfahren allerdings das Investitionsgeschehen beeinträchtigt. Zuständig für die demografischen Drohkulissen waren in dieser Phase der Debatte vor allem die Professoren Börsch-Supan, Raffelhüschen, Rürup und Sinn. Gänzlich übersehen wird in der Kopfpauschalen- bzw. Bürgerversicherungsdiskussion, dass eine Versicherungspflicht mit Pauschalprämien und Kapitaldeckung letztlich eine „Besteuerung“ vor allem von Erwerbseinkommen zugunsten von Kapitalfonds und Gewinnmaximierung sowie Abgabenerleichterungen für Hochverdiener bedeuten.

---

[103] An entsprechende Vorschläge für eine allgemeine Gesundheitssteuer aus dem BMF im Jahre 2010 sei erinnert. Erinnert sei auch daran, dass umgekehrt die teilweise Steuerfinanzierung der Krankenhausversorgung im Investitionsbereich vollständig in die Beitragsfinanzierung verschoben werden soll (Monistik!)

[104] Der Sozialverband VdK erinnerte im Jahre 2006 daran, dass eine Finanzierung der Gesundheitsversorgung vor allem auch auf eine Unternehmensabgabe gestützt werden kann. Sozialverband VdK Deutschland (Hrsg.): Positionspapier: Kranken- und Pflegeversicherung, Berlin 16./18. Mai 2006, Ziff. 6.5.4.

Die als „Kompromiss“ zwischen Kopfpauschale und Bürgerversicherung gefundene Lösung eines zentralen Gesundheitsfonds mit Einheitsbeiträgen einerseits und risikoadjustierten Pro-Kopf-Zahlungen an die Krankenkassen, entwickelt von einem unbekannten Verwaltungsoldaten aus dem Bundesfinanzministerium bewirkte neben lautstarkem Protest der gesamten Krankenkassenkamerilla, die nach Abwehr der Regionalfonds der 1980er Jahre und 1990er Jahren nun die Zentrallösung bekam vor allem, dass sich die „kritische“ Diskussion nur noch auf das Rand- und Scheinproblem „Zusatzbeiträge“ konzentrierte, flankiert durch ein bisschen Gemurre über Beitragserhöhungen durch den Einheitsbetrag und Zuwenigzahlung der Bundesanstalt für Arbeit für Grundsicherungsempfänger.

Dabei lag der eigentliche interessante Effekt des „Gesundheitsfonds“ darin, dass er die Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung noch einmal erhöhte: Die Beitragsanpassungs – und Bundeszuschussregelung zum Fonds etablierte eine systematische Unterfinanzierung und über die Zusatzbeitragsmechanik asymetrische Verlagerung wachsender Gesundheitsausgaben auf die Beitragszahler. Der Zusatzbeitrag ist natürlich **auch** ein Gerechtigkeitsproblem vor allem aber eine Ausdehnung der bisher auf den **Leistungs**bereich konzentrierten „Selbstbehalte“ nun auch auf den **Beitrags**bereich. Mehr oder weniger gerade während der Finanz- und Realkrise unbeachtet oder unerkannt blieb in der Gesundheitsfonds-Debatte die verräterische Figur der Kassen-Insolvenz: Hier geht es um nicht weniger als um die potentielle Liquidierung von Sozialkapital durch dessen rechtliche Annäherung an Privatkapital – ein Trend, der auch in anderen Bereichen der sozialen Krankenversicherung, z. B. bei Wahltarifen sichtbar wird. Als „kritischer Professor“ beim Thema trat Jürgen Wasem aus Greifswald hervor, der sich mit dem Thema „Zusatzbeiträge“ befasste, während es eigentlich um die Entwicklungslinie einer mit der Ablehnung der Kassenregionalisierung eingeleiteten, dem Plädoyer für Kassenkonzentration fortgesetzten und der Kasseninsolvenz gekrönten Privatisierung gehen müsste. Die von Karl Lauterbach mitgetragene Verschönerungsdiskussion zum Thema „Integrierte Versorgung“ – eine Idealistenidee angesichts des gleichzeitig propagierten „Mehr Wettbewerb“, sprich: „Mehr Konkurrenz“ trägt auch nicht zur Präzisierung der Gesundheitsfondsdiskussion bei: Lauterbachs „Zweiklassen-Medizin-These“ ist mehr wortradikal als analysescharf.

5.7. Behandlungsrationierung, Gesundheitswirtschaft und Pflegekapitalisierung

Gegen Ende des ersten Jahrzehnts nach der Jahrtausendwende, ab 2007 wurde eine offene Debatte über Behandlungsrationierung begonnen – zugespitzt auf das Thema „Priorisierung“. Im System der sozial finanzierten Gesundheitsversorgung sollte demnach nur noch ein Katalog unverzichtbarer Behandlungsleistungen gewährt werden, speziell in der Krankenhausversorgung nur noch die Notfallversorgung planerisch vorgegeben werden. Als Stichwortgeber traten hier die Professoren Hoppe, Walter und Zimmermann, aber auch Wasem auf den Plan.

Die von der neuen schwarzgelben Koalition verfolgte Doppelstrategie einer Verschiebung der Finanzierungslast in der sozialen Krankenversicherung durch Fixierung der Arbeitgeberbeitrages einerseits und Flexibilisierung der Arbeitnehmerbeiträge einschließlich Zusatzbeiträge andererseits und institutioneller Etablierung einer „Gesundheitswirtschaft“ setzte die schon 2005 eingeschlagene Linie fort: Damals wurden Krankengeld und Zahnersatz einseitig auf die Beitragszahler verlagert. Im gleichen Zeitraum wurden an einer ganzen Reihe vor allem von Fachhochschulen das Lehrgebiet „Gesundheitswirtschaft“, Publikationsformate zu diesem Thema und Kongressserien zum Thema etabliert und realisiert.

Damit wurde allerdings die Unvereinbarkeit von angestrebt schrumpfender Sozialleistungsbasis der Gesundheitsversorgung zur Entlastung der Gesamtwirtschaft und erwünschter Umsatz- und Gewinnsteigerung in der Gesundheitswirtschaft verschärft. Die Gesundheitsreform der schwarz-gelben Koalition ist derzeit genau in diesem Dilemma von angestrebter Rezession oder zumindest Stagnation des Budgets der sozialen Gesundheitsversorgung und ebenso angestrebter Expansion der Umsätze, Gewinne und auch Steuerabführungen der kommerziellen Gesundheitswirtschaft gefangen. Die Priorisierungsdebatte schafft in dieser Situation der notwendigen „Willkürspielräume“ für die weiteren Lösungsversuche.

Epidemiologisch, institutionell und politisch könnte es allerdings auch so sein, dass die separate Pflegeversicherung hier einen unauffälligeren Ausweg bietet. „Sturmvögel“ sind hier die Gutachten des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen, die in den letzten Jahren Themen wie Gesundheit und Demografie, Pflegeversicherung und Krankenversicherung sowie integrierte Versorgung favorisiert haben. Tatsächlich ist es ja so, dass einerseits die

Epidemiologie sich zunehmend von der Akuttherapie entfernt und immer größere Volumina der Morbidität nicht mehr in der Gesundheitswirtschaft mit ihrer High-Tech- und Prestigemedizin, sondern in der Sozialwirtschaft als Pflege, Betreuung etc. abgearbeitet werden. Der dort wesentlich niedrigere Ressourcenverbrauch könnte es ermöglichen, über die nur bescheiden ausgestattete Soziale Pflegeversicherung den Hauptteil der sozialen Gesundheitsversorgung zu finanzieren und mit den vergleichsweise reichlichen Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung über eine Fehlversorgung mit High-Tech- und Prestigemedizin die kommerzielle Gesundheitswirtschaft zu finanzieren.

Von Anfang an, beginnend mit dem Pfaff-Gutachten von 1984 und fortgesetzt mit der Debatte über die „Fehlbelegung“ der Krankenhäuser mit „Pflegefällen“ zwischen 1989 und 1994 mit dem sich in den letzten Jahren häufenden Untersuchungen zur Alters- und Kostenstruktur in der Krankenversicherung wurde die Pflegeversicherung als Entlastung für die Krankenversicherung konzipiert.[105] Stichwortgeber in diesem Bereich ist insbesondere Professor Raffelhüschen.

Insgesamt stellt die Pflegeversicherung ein Labor für die Privatisierung der Sozialversicherung dar: Die begann mit ihrer Entlastungs-, besser Aufspaltungsfunktion für die Krankenversicherung unter Beibehaltung einer besonderen privaten Pflegeversicherung bei gleichzeitiger nichtmehrparitätischer Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Noch mehr gilt dies für die Konzipierung als Festbetragsversicherung mit anhaltender Unterfinanzierung die angesichts absinkender Renten Altersarmut rasant verschärft. Der Einbau eines Reproduktionsfaktors, also Beitragszuschläge bei Kinderlosigkeit korrespondiert mit dem Demografiefaktor, also Leistungsabbau in der Rentenversicherung gemäß Gesellschaftsalterung: Alle diese Konzepte lösen die Finanzierung der Sozialsicherung von der Wertschöpfung und binden sie an Personen und Einkommen.

Die mittlerweile in Frage gestellten Pläne für eine zusätzliche Kapitaldeckung der Pflegeversicherung verdeutlicht deren Laborfunktion. Nicht vergessen werden darf auch der Verzicht auf eine Bedarfsplanung und Investitionsförderung in der Pflegeversorgung. Gleichzeitig wird von den Sozial- und Wohlfahrtsverbänden eine Bürgerpflegeversicherung bzw. Zusammenlegung in Kranken- und Pflegeversicherung in die Diskussion gebracht. Auch hier gilt, dass bei Kapitaldeckung der Pflege den Entsparern genügend Ansparer gegenüberstehen müssten und dadurch die Investitionstätigkeit, d.h. Wertschöpfung beeinträchtigt wird.

[105] Exemplarisch zeigt sich dies in dem gegenüber den Abbau der Akutkrankenhausbetten weit überproportionierten Aufbau von Pflegeplätzen

Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Doppelzuständigkeit von Gesundheits- und Familienministerium für das Pflegethema: Es könnte sein, dass die faktisch noch immer vor allem familiale Pflege, kombiniert mit leicht verbesserten Zuschüssen, als gesellschaftlicher Großversuch einer flächendeckenden „Eigenbeteiligung“ installiert wird.[106] Die Diskussion muss die Eigenbeteiligung in der Krankenversicherung und die Pflege durch die Familien in Zusammenhang bringen.

5.8. Zentralisierung der Finanzmittel und Regionalisierung der Behandlungsleistungen

Seit den heftigen Auseinandersetzungen um die Ebenenfestlegung der Durchführung der Gesetzlichen Krankenversicherung, diskutiert als Organisationsreform der Krankenversicherung und realisiert als Abzug aus der Wertschöpfung per „Lohn-Nebenkosten“ und Umverteilung realisiert in „Beiträgen gemäß Einkommen“ in der Gesundheitsversorgung konnte die „Regionaldimension“ trotz einer regelrechte „Spitzenverbände- und Bundespolitikverschwörung“ nicht wirklich eliminiert werden. Auch noch in späteren Veröffentlichungen gab es diese noch mit den Namen wie Gitter, Oberender und Wille.[107] Zu groß waren und blieben die regionalen Disparitäten in Wertschöpfung. Lohnniveau, Betragskraft, Infrastruktur, Leistungsbeanspruchung und letztlich auch Morbidität und Epidemiologie.[108] Diese zeigen sich derzeit bspw. im regionalen Hausärztemangel. Wiewohl dies alles für eine Finanzierung einschließlich Solidarausgleich der Krankenversicherung auf Regionsebene mit überregionalem Finanzausgleich zwischen den Kassen gesprochen hätte, stand dem das Staatsinteresse möglichst großer Kassenfonds, mittlerweile realisiert im Gesundheitsfonds und einheitlicher Leistungssteuerung realisiert im gemeinsamen Ausschuss (G-BA) entgegen, unterstützt vom Eigeninteresse des Kassenmanagements an Größergewinn durch konkurrenzerzwungene Fusionen. Unvergessen bleibt die Forderung der Bundesgesundheitsministerin Schmidt nach höchstens 50 Kassen und einer Bundes-AOK, der sich auch Karl Lauterbach angeschlossen hat.

Die Umwandlung der Gesetzlichen Krankenversicherung in einen quasi-steuerfinanzierten Satelliten-Haushalt des Bundes erfolgte insbesondere durch Eliminierung des vormaligen kassenübergreifenden

[106] Die gleichzeitige Schwächung der Hausärzte ist in diesem Zusammenhang zu beachten

[107] Rebscher, Herbert (Hrsg.): Regionalisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden 1999

[108] Goeschel, Albrecht: Regionale Unterschiede in Gesundheitsbedarf und Wirtschaftskraft als Sachzwang für die Neuordnung der Krankenkassenlandschaft. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Mit weniger Kassen zu besseren Leistungen? München 2003, S. 75 - 86

Finanzausgleichs der Rentner- Krankenversicherung, der Modell für einen umfassenden Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen bzw. ihren Erstreckungs- bzw. Zuständigkeitsräumen hätte sein können. Er wurde ersetzt durch einen grundsätzlich individualisierten, d.h. mitgliederbezogenen Risiko- und zusätzlichen Morbiditätsausgleich und Konkurrenz zwischen Kassen, verschärft durch mögliche Zusatzbeiträge und Wettbewerb um wahlfreie Mitglieder. Von außen vorgegeben war dabei ein Budget, das an eine deflationär definierte Lohnquote gebunden war. Durch die Gleichzeitigkeit von bundeseinheitlichen Beiträgen (Fonds) und zentraler Leistungsvorgabe (G-BA) ist die Bindung von Betrag und Leistung gelöst. Die Finanzierung erfolgt nun durch eine Gesundheitsverbrauchssteuer, die mit ca. 160 – 170 Mrd. Volumen etwa der allgemeinen Verbrauchssteuer d.h. der Mehrwertsteuer entspricht.

Weitere Elemente wie die Fixierung des Arbeitgeberbeitrages, die teilweise Steuerdeckung von Unterfinanzierung und die teilweise Steuerdeckung Versicherungsfremder Leistungen verstärkt diese Steuerhaftigkeit der Beiträge. Eine Bürgerversicherungslösung würde daran nichts ändern sondern diese Tendenz durch Einbeziehung weiterer individueller Einkommensquellen eher ausbauen. Neben dieser Individualisierung der Krankenversicherung vor allem mittels Risiko- und Morbiditätsausgleich gegenüber ihrem vormaligen Charakter als regionale Solidarfonds wurden die Reste dieser mehrheitlich regionalen Solidarfonds durch den Mechanismus von Unterfinanzierung vor allem von Versorgerkassen, Zusatzbeiträgen und Kassenwechselrecht verstärktem Konkurrenzdruck ausgesetzt. Hinzu kommt die GKV-interne Umverteilung von unten nach oben innerhalb der Versicherungspflichtgrenze zwischen Geringverdienerfamilien mit mehreren erwerbstätigen Beitragszahlern und Besserverdienerfamilien mit nur einem Beitragszahler.

Durch die deutlichen Regionalunterschiede in der räumlichen Verteilung bspw. der Mitversichertenquoten wurden zusätzliche horizontale Umverteilungen zwischen Zuständigkeitsgebieten bzw. Kassen mit hohem Anteil von Besserverdienern und mit niedrigem Anteil von Mitversicherten bzw. Zuständigkeitsgebieten bzw. Kassen mit hohem Anteil an Niedrigverdienern bzw. hohem Anteil an Mitversicherten ausgelöst. Gleiches gilt für die regelrecht extremen Regionalunterschiede in der räumlichen Verteilung der millionenstarken Geringfügigbeschäftigung, die sich insbesondere auf die alten Bundesländer konzentriert.[109] Insbesondere diese horizontale Umverteilung zwischen Kassen fordert die Hereinnahme der Disparitäten

[109] Siehe Kartografie S. 117

in die Kassen durch Fusionierung in der Fläche oder in der Höhe mit der Folge immer weiterer Zentralisierung zu einem Satellitenhaushalt des Bundes.

Die im Zuge der Einrichtung der Gesundheitsfonds von den Ländern, insbesondere Bayern vorgetragenen Argumente zu den damit verbundenen unerklärten Finanzausgleichen zwischen den Ländern treffen zwar das richtige Thema der Liquidierung der für das Einkommensbeitrags- und Sachleistungssystem konstitutionellen räumlichen Verknüpfung und Körperschaftlichkeit der Sozialfonds – spricht aber mit den Ländern die falsche Ebene an. Die auf dieser Ebene nach 1992 verlorene Schlacht um eine Förderalisierung der Sozialversicherung bleibt verloren.

Der mittlerweile nach jahrzehntelanger Tabuisierung wieder breit geführte Regionaldiskurs in der Gesundheitsversorgung ist auch allenfalls in dem von Professor Neubauer für die bayerischen Arbeitgeberverbände ausgedachten „Regionalen Gesundheits-Kombi“ Kranken-„Kassen“-Diskussion – wenn auch in pervertierter Form: Der Regionalaspekt soll hier nicht räumlich begrenzte Solidarfonds für die Gesundheitsreproduktion legitimieren, sondern die Beitragszahlung der Arbeitgeber fixieren und kassen- und damit teilweise regionsindividuelle dynamische Arbeitnehmerbeiträge etablieren – eine Art „Regionale Kopfpauschale“.[110]
Eine ähnliche Pervertierung erfährt der Regionalaspekt durch Professoren wie Rürup, Wille und Sinn. Während Wille und Rürup in einem Auftragsgutachten für die Bundesgesundheitsministerin Schmidt zur Krankenhausfinanzierung noch jeden Regionalaspekt der Sozialversicherung allgemein geradezu erregt verwerfen, plädiert Rürup als Wirtschaftssachverständiger dann wenig später für eine Absenkung der Sozialversicherung im Rentenbereich damit, dass sich das Bild von Gewinner- und Verliererregionen ebenso im Westen wie im Osten finde und daher eine generelle Höherberechnung der Ostrenten entbehrlich sei. Noch deutlicher wird Professor Sinn, der eine Anpassung der Hartz IV-Sätze nach unten in solchen Regionen fordert, die niedrigere Lebenshaltungskosten haben. [111]

---

[110] Was von solchen bayernspezifischen Varianten von „Regionalisierung“ zu halten ist zeigt nicht zuletzt der Umstand, dass gleichzeitig die bayerische Sozialministerin Hadertauer der Stadt München untersagt hat, erhöhte Grundsicherungssätze wegen des dort hohen regionalen Preisniveaus zu zahlen.

[111] Sinn, Hans-Werner: Wir brauchen gestaffelte Hartz-IV-Sätze. In: Financial Times Deutschland, 09.11.2009

Neben der anhaltenden Tabuierung und Liquidierung der Regionaldimension, d.h. der Marktabgrenzung für Solidarfonds zugunsten einer Individualisierung der Krankenversicherung gibt es eine Surrogatform von Regionaldimension: Die bundesweit-zentralen Ersatzkassen richteten im Zuge der Gesundheitsreform des Jahres 1992 „Landesvertretungen“ ein, die die Gesamtheit der bundesweiten Ersatzkassen bei landesbezogenen Vertragsverhandlungen gemeinschaftlich zu vertreten hatten. Im Gefolge des Gesundheitsfonds wollen nun die Länder analog zur Krankenversicherung-Bund als gemeinsamen Kassenverband nun 16 Krankenversicherungen-Land als gemeinsame Kassenverbände gründen. Solche Hybrid-Gebilde ändern nichts an der vor allem über den Risiko- und Morbiditätsausgleich erfolgenden Individualisierung des ehemaligen Solidarmorbiditätsausgleichs auf Regionalebene.

Besonders interessant ist eine ganz andere Variante von „Regionalismus“ in der Gesundheitsversorgung: Eingeleitet mit dem Konzept „Regionaler Gesundheitskonferenzen“, einer Art gehobener Gesundheitsstammtische in NRW, hat sich mittlerweile eine Doppelversion regionaler Gesundheitsaktivitäten entwickelt: Die vom Bundesbildungsministerium geförderten „Gesundheitsregionen“, bei denen es darauf ankommt alle gesundheitswirtschaftlichen Potentiale von der Pharmaforschung bis zum Pflegenetz zu aktivieren und die eher aus dem Selbsthilfe – und Gesundheitsbewegungsbereich kommenden Regionalinitiativen. Interessanterweise hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 „Effizienzreserven“ erhöhter Regionalisierung entdeckt: „Koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug“ – vorgetragen von alten und neuen Namen wie Glaeske, Kuhlmey, Rosenbrock und Wille. Die seinerzeitige Erfahrung, dass die bürgerbewegt-zivilgesellschaftliche „Selbsthilfe“ im Gesundheitswesen von listiger Macht- und Interessenpolitik ganz schnell noch in mehr „Selbstbeteiligung“ an den Gesundheitskosten umgedreht worden ist, erfordert hier allerhöchstes Misstrauen.

6. Ausgliederung der Pflegearbeit aus der Gesundheitsversorgung steigert die Erträge in der Gesundheitswirtschaft

In mehrwertorientierten Warengesellschaften werden „Gesundheit“, „Pflege“ etc. positive Größen erst dann, wenn sie durch Leistungen der Gesundheitsversorgung erhalten, wiederherstellt oder verbessert werden sollen wie dies in den §§ 1 und 11 SGB V kodifiziert ist. Dabei haben diese Leistungen eine Doppeleigenschaft: Sie sind als Leistungen der Krankenversicherung nach den Regelungen des SGB V pflichtabgabenfinanziert, kollektivvertraglich geregelt etc. und erfüllen

damit für die im SGB V umschriebenen und genannten Leistungserbringer ökonomisch gesehen Umsatz-, Einkommens- und Gewinngarantien. Gleichzeitig stehen diese Leistungen gemäß § 71 SGB V unter dem Vorbehalt der Beitragssatzstabilität. Während also die Leistungen des SGB V für die dort akkreditierten Leistungserbringer „Garantien“ für Umsätze, Einkommen und Gewinne aus den Krankenkassenfonds bedeuten, sind die Leistungen des SGB V für die Mitglieder der Krankenkassen insbesondere wegen des mit der Beitragssatzstabilität gesetzten Verdrängungswettbewerbs zwischen Mehrausgaben und Einsparungen in den verschiedenen Leistungsbereichen ein über das mit dem Solidarprinzip gesetzte individuelle „Risiko“ weit hinausgehendes kollektives „Risiko“ für den Rückfluss der von den Mitgliedern aus ihren Arbeitsentgelten zu entrichtenden Zwangskredite an die Solidarfonds.

So gesehen gibt es ein gleichgerichtetes Interesse von Leistungserbringern, Kassenmitgliedern und –versicherten sowie den Solidarfonds der Krankenkassen, den mit der Vorgabe der Beitragssatzstabilität verbundenen Verdrängungswettbewerb bzw. Leistungsabbauzwang in der Gesundheitsversorgung durch Ausgliedern von Leistungen ohne Absenkung der Beiträge zu verringern.

6.1. Pflegeversicherung: Finanzentlastung für Krankenkassen und Gesundheitswesen

Die Etablierung einer gesonderten Pflegeversicherung die ausdrücklich der Unterstützung der nach wie vor an erster Stelle stehenden Pflege durch die Angehörigen dient, während die Krankenversicherung an erster Stelle der Bereitstellung von Leistungen durch Leistungserbringer dient, erfüllt exakt diese Funktion. Dies zeigt auch der politische Entstehungsprozess der Pflegeversicherung. Sie sollte nach den ersten Berechnungen die Gesetzliche Krankenversicherung um rd. 10 Mrd. DM, die Kommunale Sozialhilfe dagegen nur um rund 2 Mrd. DM entlasten.[112] Zusätzlich wurde die Finanzierung der Leistungen der Pflegeversicherung auch noch so gestaltet, dass sie nicht zu einer wesentlichen Erhöhung der Gesamtlohnkosten führte, in dem dafür ein Feiertag in einen Arbeitstag umgewandelt wurde.[113] Ursprünglich war eine eigenständige Pflegeversicherung überhaupt dezidiert ausgeschlossen worden und statt dessen eine Stärkung der Familien-

[112] Bökenkamp, Gerard: Das Ende des Wirtschaftswunders: Geschichte der Sozial-, Wirtschafts- und Finanzpolitik in der Bundesrepublik 1996 – 1998, Stuttgart 2010, S. 383 - 390
[113] Ebda., S. 389 ff.

und Nachbarschaftspflege[114] und eine Leistungsumschichtung innerhalb der Krankenversicherung[115] angestrebt worden. Gerade die sehr frühzeitig angestellten Überlegungen und Berechnungen zu den möglichen Leistungsumschichtungen machten deutlich, dass hier mit der Krankenhausbehandlung, Arztbehandlung und Arzneimittelbehandlung die zentralen Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung angesprochen waren und bei dem damals diskutierten Mittelentzug durch Umschichtung von ca. 30 Mrd. DM entsprechende Widerstände zu erwarten waren.[116]

Wie es häufig bei komplexen macht- und interessenpolitischen Gemengelagen der Fall ist wurden auch mit dem Problembereich Pflegeversorgung ganz andere, teilweise das Problem der Pflegeversorgung verschärfende Politiklinien verfolgt. Bereits in einem internen Strategiepapier zur Vorbereitung des wegen der beginnenden gesellschaftspolitischen Wende 1983 entscheidenden Ortskrankenkassentages 1983 war auf den Zusammenhang von Krankenhauspolitik und Pflegepolitik hingewiesen worden: *„In den zurückliegenden Jahrzehnten wurde ein erheblicher Teil der Pflegeaufgaben in kleineren ortsnahen Krankenhäusern mitbewältigt, die aber im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung des Staates zugunsten größerer und damit für diese Aufgabe unwirtschaftlicher Krankenhäuser abgebaut worden sind. Auch die Ausweitung der Kapazitäten der Pflegeeinrichtungen in jüngster Zeit ist eine Folge der unausgewogenen Kürzungsmaßnahmen des Staates im Kurbereich, der die dortigen Einrichtungen gezwungen hat, aus Gründen der Existenz- und Arbeitzplatzsicherung in den Pflegebereich überzuwechseln."*[117]

6.2. Abdrängung und Ausgliederung der Pflegeaufgabe aus der Krankenhausversorgung

Dieser tatsächliche Zusammenhang von Krankenhausversorgung und Pflegeversorgung wurde im Zuge der Politik der Kostendämpfung, d.h. der Lohnabsenkung auf dem Wege des Leistungsabbaus in der

[114] Noch 1983 bezeichnete der damalige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Norbert Blüm vor dem Ortskrankenkassentag die Etablierung einer eigenen Pflegeversicherung als Sackgasse. Eine Entlastung der Krankenhäuser und damit der Krankenkassen von den Kosten der Pflegefälle solle durch eine entsprechende Unterstützung der Familien bei der Pflege erreicht werden. Vgl. AOK-Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.): AOK-Partner der Versicherten und Arbeitgeber-Gemeinsam und leistungsstark in die Zukunft, Bonn 1984, S. 23 ff

[115] Einsparungsmöglichkeiten zur Erhöhung der Pflegeversorgungsausgaben wurden vor allem in den Bereichen Krankenhausbehandlung, Arztbehandlung und Arzneimittelbehandlung gesehen. Vgl. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Ausgewogene Absicherung von Gesundheitsrisiken, Bonn 1984, S. 124 ff., S. 188 ff. und S. 194 ff

[116] Vgl. ebda, S. 184

[117] Vgl. Goeschel, Albrecht: Gemeinsam und leistungsstark in die Zukunft. Strategiepapier für den AOK-Bundesverband, Bonn 21.08.1983, S. 6e

Krankenversicherung genutzt, um sukzessiv die Pflegekomponente aus der Krankenhausbehandlung auszusortieren. Forderungen in diese Richtung, nämlich den Abbau eines „unechten Bedarfes“[118] an Krankenhausbetten durch Bereitstellung „krankenhausentlastender Einrichtungen“ wie Pflegeheime, abgetrennte Behandlungsbereiche für Langlieger, Gemeindesozialstationen etc.[119] wurden bereits Mitte der 1970er Jahre formuliert. Umgekehrt wurde die faktische Bedeutung der kleinen Krankenhäuser nicht nur im ländlichen Raum für die Pflegeversorgung sozial schwächerer Personen hervorgehoben.[120] Seit dem Ende der 1970er Jahren haben dessen ungeachtet die Krankenkassen einen massiven Abbau der Standorte oder Bettenbestände der kleinen und mittleren Krankenhäuser betrieben – sind hierbei allerdings von den Ländern nicht unterschiedslos unterstützt worden.[121] Ab der Jahrtausendwende änderte sich das Bild dahingehend, dass die Betten kleiner spezialisierter Kliniken im Zuge der Krankenhauskommerzialisierung erkennbar zunahmen, während vor allem die mittleren Krankenhausgrößengruppen massiv Betten abbauen mussten. Die Großkrankenhäuser blieben unverändert.[122]

Im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends verschärfte sich damit eine schon in den 1990er Jahren erkennbare Tendenz, die Pflegefunktion der Krankenhausversorgung nicht mehr durch die Standortschließung kleiner Krankenhäuser, sondern durch die Umgliederung und Verminderung der Bettenbestände, teilweise aber auch Standortschließung im Mittelbereich zu betreiben. Interessant ist dabei der Umstand, dass insbesondere in den Umlandzonen der Ballungsräume, in denen spätestens seit den 1990er Jahren eine durch selektive Mobilität bedingte ausgeprägte „Nachalterung“ der Bevölkerung und damit eine steile Zunahme des Pflegebedarfs zu erwarten bzw. festzustellen ist, die schwächste

[118] Ehlers, Hans: Krankenhaushäufigkeit – Eine Untersuchung über Faktoren der Bedarfsplanung. Hrsg. Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Düsseldorf 1976, S. 12
[119] Ebda.
[120] Goeschel, Albrecht: Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik. Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 72.Hrsg. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 1979; Holla, Michael: Auswirkungen des Krankenhausfinanzierungsgesetz auf die Struktur des Krankenhauswesens und die Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum. Hrsg. Agrarsoziale Gesellschaft e.V., Göttingen 1979
[121] Vgl. Koselowski, Gerd; Koselowski, Helga: Krankenhausplanung – ein Fazit der 90er Jahre. In: Das Krankenhaus, Stuttgart, 7 – 1998, S. 385 – 394 sowie Berning, Rita; Rosenow, Christiane: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser. In: Arnold et al.(Hrsg.): Krankenhaus-Report 2001, Stuttgart 2002, S. 225 – 240, bes. S. 236 sowie Watzlawczik, Gerd-Uwe: Vertreibung aus der Fläche und Aufgabe der Selbstständigkeit: Die regionale und die institutionelle Konzentration der Krankenhauseinrichtungen in Deutschland seit 1972. In. Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten? München, 2001, S. 31 - 48
[122] Vgl. Bölt, Ute: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2007. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010, Stuttgart 2010, S. 319 - 351

Krankenhausausstattung der drei Raumtypen Ballungskerne, Umlandzonen und Landgebieten gilt.[123]

6.2.1. Krankenhausbedarfsplanung: Leistungsplanung und Kassenübermacht

Allein schon auf der Ebene der in den zurückliegenden Jahrzehnten verfolgten Planungskonzepte für die Krankenhausversorgung ist nachzuverfolgen, wie die Pflegeaufgabe schrittweise aus der Krankenhausversorgung ausgegliedert wurde. In den 1970er und 1980er Jahren war noch eine undifferenzierte Bevölkerungszahl im jeweiligen Planungsgebiet Bezugspunkt für Standorte, Versorgungsstufen, Fachabteilungen und Bettenzahlen der dortigen Krankenhäuser. Mit Ausnahme der angestrebten Schließung kleinerer Krankenhäuser insbesondere im ländlichen Raum verblieb hier noch erheblicher Spielraum für die Pflegefunktion.[124]

In den 1980er und 1990er Jahren wurde dann eine altersdifferenzierte Bevölkerung und vor allem die Krankenbevölkerung zum Bezugspunkt der Standort-, Struktur- und Kapazitätsplanung in der Krankenhausversorgung.[125] Damit konnte die Pflegefunktion der Krankenhausversorgung bereits sehr viel treffsicherer erfasst und ausgegrenzt werden. Zu einem Umschlagen von sich verengendem Spielräumen für die Pflegeleistungen der Krankenhausversorgung in sich differenzierenden Kapazitätsplanungen in eine zunächst Leistungsplanung und eine dieser erst im zweiten Schritt folgenden Kapazitätsplanung, d.h. einer Kapazitätsplanung bei der die Pflegefunktion von Anbeginn nur noch Anhängsel der Behandlungsfunktion war, kam es im Jahre 2000 mit der leistungsorientierten Krankenhausplanung.[126]

Insgesamt wird in der Literatur über die Entwicklung und insbesondere die Machverhältnisse in der Krankenhausplanung ein Verlaufsprozess erörtert, der von der daseinsvorsorgenden Alleinverantwortung der

---

[123] Vgl. Goeschel, Albrecht: Krankenhausversorgung und Regionalentwicklung, Arbeitspapier für Andramedos eG, Marquartstein, Februar 2007, S. 9 ff.; Richter, Dirk: Regionale Strukturen der Krankenhausmorbidität und Krankenhauskapazitäten in Bayern 1999/2000. Arbeitspapier für Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein Juni 2001 sowie Schlöffel et al: Untersuchung zur Gefahr einer Krankenhausunterversorgung in den Stadt- Umlandgebieten in Baden-Württemberg. Arbeitspapier für Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, September 2002

[124] Bruckenberger, Ernst: Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen – Am Beispiel Krankenhaus, Stuttgart 1978; Goeschel, Albrecht: Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik, A.a.O.

[125] Vgl. Wachtel, H.W.; Schräder, W.F.: Morbiditätsorientierte Krankenhausplanung in der Region Hamburg. Dornier GmbH und IGES-Institut, Friedrichshafen und Berlin 1990

[126] Vgl. Rüschmann et al.: Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme: Leistungssicherung statt Kapazitätsplanung, Berlin, Heidelberg, New York 2000

Länder über eine von Bundespolitik und Kassenverbänden durchgesetzte Parallelkompetenz von Ländern und Kassen bis zu einer mittlerweile kurz vor dem Erfolg stehenden Alleinhoheit der Kassen über die Krankenhausversorgung reicht.[127] Mit der Alleinfinanzierung und Alleinplanung der Krankenhausversorgung durch die Krankenkassenverbände via Monistik wären dann die vollständigen planungspolitischen Voraussetzungen für eine Minimierung der Pflegefunktion in der Krankenhausversorgung erreicht – diese Pflegefunktion könnte interessen- und machtpolitisch endgültig in die Pflegeversicherung abgeschoben werden.

6.2.2. Pflegediskriminierung: Fehlbelegungsabbau und Verweildauerverkürzung

In den zurückliegenden vier Jahrzehnten Krankenhausentwicklung in Deutschland ist ein eigenartiges politisches Schauspiel zu beobachten: Die Selbstprivatisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung.[128] Durch die mit einer Jahrzehnte anhaltenden ununterbrochenen Serie von Kampagnen zur Diskriminierung der Krankenhausversorgung bzw. der Krankenhäuser[129] erreichte versorgungs- und planungspolitische Schlechterstellung der Krankenhausversorgung in der gesamten Gesundheitsversorgung[130] haben die Krankenkassen zugleich auch die Krankenhauspatientinnen und –patienten unter ihren Versicherten schlechtergestellt. Da bekanntlich die Krankenhausversorgung gerade bei den sozial schwächeren Personen eine größere Rolle als bei den sozial Bessergestellten spielt, wurde also mit der Antikrankenhauspolitik der Kassen vor allem auch eine Politik gegen die „schlechten Risiken“ in den eigenen Versichertenschaften betrieben.

Ein zentrales Strategieelement in der Gewinnung von Kostenspielräumen innerhalb der Krankenhausversorgung zu Gunsten anderer Versorgungsbereiche war und ist zumindest der Versuch, einer

---

[127] Bruckenberger, Ernst: Die Folgen des Gesundheitsstrukturgesetzes für die Krankenhäuser. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Krankenhaus in Gefahr: Die stationäre Versorgung zwischen Kostendämpfung und Pflegenotstand, München 1992, S. 14 – 32 und ders.: Öffnung des Krankenhauswesens für Kapitalinvestitionen: Vor allem Kassenverbände und Bundesregierungen ebneten den Weg in die Privatisierung. In: Sozialverband VdK NRW (Hrsg.): „Wirtschaftlichkeit“ – Was brauch NRW: Soziale Krankenhäuser oder Gesundheits-Kaufhäuser? Düsseldorf 2009, S. 5 - 26

[128] Goeschel, Albrecht: Wirksame Verbrauchervertretung gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung: Thesen und Argumente, Arbeitspapier für die Stiftung Verbraucherinstitut Berlin, November 1993, S. 16 - 18

[129] Es werden hier unvollständig nur einige der Kampagnenthemen der zurückliegenden Jahrzehnte aufgeführt: Bettenberg, Selbsteinweisung, Fehlbelegung, Unwirtschaftlichkeit, Einkaufsmodell, Falschabrechnung, Wirtschaftlichkeitsreserven etc.

[130] Arnold, Michael: Das Krankenhaus der Zukunft unter krankenhausfeindlichen Bedingungen. In: Das Krankenhaus, Stuttgart 5 – 1998, S. 252 - 256

Verringerung der Krankenhausbehandlungsfälle bzw. einer Abflachung des Fällezuwachses.[131] Ein Schritt zur Erreichung dieses Zieles war der geforderte Abbau von Fehlbelegungen im Krankenhaus, d.h. die Abwehr von Krankenhausbehandlungsfällen, bei denen eine stationäre Behandlung aus ärztlich-medizinischer Sicht entbehrlich war bzw. ist. Hierbei handelte es sich zum Zeitpunkt der Thematisierung dieser Forderung, d.h. Ende der 1980er Jahre bereits um ein Randphänomen. Sehr viel gewichtiger war das Volumen von Behandlungs- bzw. Pflegetagen, die ärztlich-medizinisch nicht erforderlich waren.[132] Damit konzentrierte sich die Fehlbelegungsdiskussion auf eine Verweildauerverkürzung, die bereits zuvor ein zentrales Politikanliegen der Kassen war.[133] Diese Fehlbelegungsdebatte wurde Ende der 1980er Jahre insbesondere darüber geführt, für welche Art von Behandlungsfällen nach Alter, Geschlecht und Diagnose in welcher Art von Krankenhäusern typisch zu lange, ärztlich-medizinisch nicht gebotene Verweildauern gelten. Vor allem kleineren Krankenhäusern wurden solche Fehlbelegungen vorgehalten.[134]

In der Literatur wurde herausgestellt, dass es in den früheren Jahrzehnten der Krankenhauswirtschaft zwei Wirkungsbedingungen für die Verschiebung von überdurchschnittlich Pflegebedürftigen in kleinere Krankenhäuser gab: Einmal das Interesse der Groß- und Mittelkrankenhäuser an einer „angemessenen“ Behandlungsfallstruktur,[135] auch „rentierte“ sich mit der Einführung von Festbudgets für die Krankenhäuser in der ersten Hälfte der 1990er

---

[131] Dieses Ziel wurde jedoch durch das gewählte Mittel der Krankenhausökonomisierung weit verfehlt und sogar konterkariert. So hat die als Höhepunkt der Krankenhauspolitik gefeierte Einführung verweildauerunabhängiger Behandlungspauschalen (DRGs) systematisch zu einer deutlichen Vermehrung der Krankenhausfälle und Erhöhung des Behandlungsvolumens geführt. Braun, Bernhard; Müller, Rolf: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. GEK-Edition Band XXVI, Schwäbisch-Gmünd 2003, S. 221 - 224

[132] Auch hier hat die vorausgegangene Krankenhauspolitik der Kassen das Problem erst geschaffen. Die Bevorzugung von Großkrankenhäusern mit zahlreichen Fachabteilungen hat die Tendenz zur Akkumulation von Behandlungsfällen und Pflegetagen zur Amortisierung der Investitionen gefördert. Dezsy, Josef M.: Grenzen des Einsatzes von Technik zur Senkung der Kosten im Bereich der Chronisch-Kranken und Pflegefälle. In: Medizin-Mensch-Gesellschaft, Stuttgart 4-1987, S. 262-271

[133] Auch auf der Krankenhausseite gab es eine Tendenz, durch eine Abstufung der Krankenhausversorgung nach unterschiedlicher Pflegeintensität von Intensiv bis Minimalpflege bzw. Langzeit- bis Teilzeitpflege Entlastungsmöglichkeiten zu schaffen. Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.): Untersuchungen über die personellen und finanziellen Entlastungsmöglichkeiten der Krankenhausversorgung durch Differenzierung der Krankenhausaktivitäten nach vollstationärer und semistationärer Versorgung, Bonn-Bad Godesberg 1978 sowie dass. (Hrsg.): Untersuchung von Ansätzen zur Differenzierung der Versorgungsintensität in Krankenhäusern, Düsseldorf 1979

[134] Infratest Gesundheitsforschung und R. Klar: Umfang von Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern. Hrsg. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1988, S. 78 ff. sowie diess: Umfang von Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern bei Patienten aller Altersklassen. Hrsg. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1990, S. 110 ff

[135] Vgl. Dezsy, Josef M.: A.a.O und Schaeffer, Doris: Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelle Interventionsmuster bei chronisch kranken älteren Patienten. In: Zeitschrift für Sozialreform, Wiesbaden 11/12 – 1989, S. 734 - 749

Jahre für diese eine Verweildauerverkürzung bzw. Langzeitpatientenverlagerung.[136] Auf der anderen Seite beschränkte das Fehlen ausreichender Pflegenachsorge die Verweildauerverkürzung in den Krankenhäusern.[137] Insgesamt ging es bei der Verweildauerverkürzung der 1980er Jahre um einen Abbau der Normal- und Minimalpflegetage, also eines Bereiches der Pflege, in dem sich die Pflegearbeit abspielte, die in der Pflegewirtschaft Kernaufgabe ist.[138] Untersuchungen über die Auswirkungen der Krankenhausbudgetierung und die Pauschal- und Sonderentgeltfinanzierung in den 1990er Jahren zeigen, dass die Krankenhäuser hierauf mit einer weiteren Verkürzung der Verweildauer reagiert haben, d.h. der pflegebestimmte am Ende liegende Abschnitt der Krankenhausbehandlung weiter verkürzt wurde.[139]

6.2.3. Pflegeminimierung: Finanzierung der Krankenhausversorgung durch Diagnosepauschalen

Die in der ersten Hälfte der 2000er Jahre schrittweise eingeführte restlose Aufgabe der Finanzierung der Krankenhausversorgung durch Tagespflegesätze auf der Basis der zulässigen Selbstkosten und deren Ersetzung durch Diagnosepauschalen mit der Möglichkeit von Gewinnen oder Verlusten der einzelnen Krankenhäuser im Rahmen eines Budgets[140] hat eine grundsätzliche Schieflage der Krankenhausfinanzierung durch einseitige Fundierung auf der ärztlich-medizinischen Leistung gebracht. Dies vor allem deshalb, weil in den Diagnosenpauschalen die Anlässe zum Pflegehandeln und der Pflegeaufwand ihrerseits nur pauschaliert und reduziert enthalten sind.[141] Das auch „sorgende Krankenhaus“ wird ausschließlich zum „Reparaturbetrieb Krankenhaus“.[142] Dies zeigt sich auch in der

---

[136] Vgl. Lohfert, Christoph; Muschter, Wolfgang: Kostensenkung durch Verweildauerverkürzung. In: Krankenhaus-Umschau, Kulmbach 11-1992, S. 814 - 817

[137] Vgl. Infratest Gesundheitsforschung und R. Klar: Umfang von Fehlbelegungen in Krankenhäusern. A.a.O.,S. 2 ff. und S. 37 ff. und Brecht et al.: Auswertung der Krankenhausdiagnosestatistik Schleswig-Holstein. Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1990, S. 54 ff. und S. 72 ff.

[138] Dinkel et al.: Der Verweildauerrückgang in Akutkrankenhäusern, seine Konsequenzen für Behandlungsergebnis und –kosten. In: Sozialer Fortschritt, Bonn 1-1991, S. 23 - 27

[139] Asmuth et al.: Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf das Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung. In: Das Krankenhaus, Stuttgart 4-1998, S. 181 – 187

[140] Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform und DRG´s, Stuttgart 2001. Gerlinger, Thomas; Mosebach, Kai: Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In: Böhlke et al. (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern, Hamburg 2009, S. 28 – 30 und Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhausreport 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahr 1, Stuttgart 2004

[141] Vgl. Weidner-Frank: Ende der Humanität? Mentalitätswechsel bei den Pflegekräften und Krankenhausärzten vom Patientenbegleiter zum Medizinanbieter. In: Sozialverband VdK NRW (Hrsg.): „Wirtschaftlichkeit“ – Was braucht NRW: Soziale Krankenhäuser oder Gesundheits-Kaufhäuser?, Düsseldorf 2009, S. 45 - 56

[142] Vgl. A.a.O., S. 46

Personalentwicklung im Krankenhausbereich: Zwischen 1995 und 2005 wurden in den Krankenhäusern rund 20.000 Vollstellen im Arztdienst aufbaut, aber 50.000 Vollstellen im Pflegedienst abgebaut – zugleich liegt die Fällezahl im Jahre 2005 mit einer Million über derjenigen im Jahre 1995. Dies bedeutet eine regelrechte Minimierung der Pflegearbeit zu Gunsten einer nunmehr möglichen Maximierung von Krankenhausgewinnen. Besonders vulnerable Gruppen von Patienten wie Ältere, Behinderte oder Pflegebedürftige werden hierdurch schwerwiegend benachteiligt.[143]

6.2.4. Pflegekostenabflachung und Gewinnsteigerung in der Krankenhauswirtschaft

Seit der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 eingeleiteten „Wende“ in der Krankenhauspolitik und Krankenhausökonomie, mit der die vormalige Krankenhausversorgung als Daseinsvorsorge unter Kostendämpfungsvorbehalt nunmehr mit Gewinnerzielung unter Wettbewerbsbedingungen kombiniert wurde [144] hat sich in der deutschen Krankenhauswirtschaft ein tiefgreifender Strukturwandel vollzogen: In keinem anderen vergleichbaren Land ist eine solche Steigerung des Anteils der Krankenhäuser in privater Trägerschaft festzustellen wie in Deutschland – als Folge von Aufkäufen oder Neuerrichtungen.[145] Neben der formalen Privatisierung der Rechtsreform und der Umwandlung öffentlicher Krankenhäuser in eigenständige Unternehmen gibt es auch noch einen breiten Grundstrom der Ausgliederung von Aufgabenbereichen der Akutkrankenhäuser an häufig private Rehakliniken und Pflegeheime sowie die Auslagerung von Labor,- Technik und Hauswirtschaftsfunktionen an Privatunternehmen.[146] Interessant ist dabei das Phänomen, dass in der Krankenhauswirtschaft insgesamt in den zurückliegenden Jahrzehnten mit der Senkung der Verweildauer als Hebel und einer darin enthaltenden Ausgliederung der Pflegeaufgabe und Pflegearbeit bei gleichzeitiger Verdichtung der Pflegearbeit die Personalkosten insgesamt und darin die Personalkosten für Pflegekräfte deutlich abgesenkt worden sind.[147] Hohe Gewinne haben allerdings gleichwohl nur die anteilsmäßig sehr stark gewordenen

[143] Vgl. A.a.O., S, 48 ff.
[144] Gerlinger bezeichnet dieses spezifisch deutsche Gesundheitspolitikmuster treffend als „Wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik“.-Vgl. Gerlinger, Thomas; Mosebach, Kai: Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In: Böhlke et al.: A.a.O. S, 10 - 40
[145] Schulten, Thorsten; Böhlke, Nils: Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten – In: Böhlke et al.: A.a.O., S. 97 - 123
[146] Ebda., S. 102 ff.
[147] Ebda. S. 108 - 112

Krankenhauskonzerne gemacht.[148] Im Jahre 2006 lag der Gewinn je Behandlungsfall bei den Krankenhauskonzernen bei plus EUR 268,00 bei den Freigemeinnützigen Krankenhäusern bei plus EUR 15,00 und bei den öffentlichen Krankenhäusern (ohne Universitäten) bei minus EUR -52,00, d.h. die öffentlichen Krankenhäuser haben Verluste.[149] Die Krankenhausökonomisierung durch anhaltende Verringerung und Ausgliederung der Pflegeaufgaben und Pflegearbeit, umgesetzt in Verweildauerverkürzung und sinkende Pflegepersonalkosten wurde durch eine Polarisierung im Wirtschaftsergebnis begleitet: Gewinne bei den Krankenhauskonzernen, Verluste bei den Kommunalkrankenhäusern.

Einer der Hauptfaktoren für diese auch im internationalen Vergleich starke Stellung der Krankenhauskonzerne in Deutschland ist die systematische Auszehrung der Länderhaushalte und die damit verbundene laufende Reduzierung der öffentlichen Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich. Die Krankenhauskonzerne sind von dieser öffentlichen Investitionsförderung durch die Länder unabhängig. Zudem haben wie in vielen anderen Politikbereichen auch die Übernahme der neuen Bundesländer und die dort besonders günstigen Investitionsbedingungen zunächst dort den Start der Krankenhauskonzerne befördert.[150] Vor allem konnten die Krankenhauskonzerne viel durchgreifender und zügiger als die freigemeinnützigen und die kommunalen Krankenhäuser mit ihren überkommenen Privilegien- und Manufakturstrukturen der Chefarzt- und Fachabteilungsmedizin den gesamten Untersuchungs-, Behandlungs-, Pflege- und Versorgungsprozess im Krankenhaus restrukturieren und rationalisieren.[151] Es war und ist also die Dauerkrise der Staatsfinanzen einerseits, verschärft durch die Finanzkrise und Schuldenbremse die den Krankenhauskonzernen investitionsökonomisch den Vorrang einräumt.[152] Anderseits begünstigt der durch die DRG-Fallpauschalenfinanzierung ausgelöste Produktionswettbewerb die Krankenhauskonzerne rationalisierungsökonomisch.[153] Das Paradox,

---

[148] Vgl. Angurzky et al.: Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI-Materialien Heft 52. Hrsg. Rheinisch-Westfalisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen 2009, S. 27

[149] Ebda.

[150] Vgl. Böhm, Katharina; Henkel; Rüdiger: Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung im Wandel. In: Böhlke et al. (Hrsg.): A.a.O., S. 83 – 96, bes. S. 85 sowie Stumpfögger, Niko: Wann die Gründerzeit zu Ende geht. In: Böhlke et al. (Hrsg.): A.a.O. S, 199 – 219, bes. S. 200 ff. sowie Schulten, Thorsten, Böhlke, Nils: Die Privatisierung der Krankenhäuser in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftige und Patienten. In: Böhlke et al. (Hrsg.): A.a.O, S. 97 – 123, bes. S. 99 ff.

[151] Vgl. Stumpfögger, Niko: A.a.O., S. 199 – 219, bes. S. 207 ff. und Wendl, Michael: Eine neue „innere Landnahme“ – wie öffentliche Krankenhäuser zu kapitalistischen Unternehmen werden. In: Böhlke et al. (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. A.a.O., S. 220 – 231, bes. S. 225 ff.

[152] Vgl. Wendl, Michael: A.a.O., S. 224 ff.

[153] Vgl. ebda. S. 222 ff.

dass trotz Pflegeaufgabenausgliederung, Verweildauersenkung und Pflegepersonalkostensenkung bei allen Krankenhäusern nur die Krankenhauskonzerne Gewinn machen erklärt sich daraus, dass es die traditionellen Strukturen und Prozesse der freigemeinnützigen und kommunalen Krankenhäuser sind, die dafür sorgen, dass die Basis- und Pauschalentgelte als Durchschnittswerte vergleichsweise hoch bleiben müssen und demgegenüber dann die Krankenhauskonzerne kostengünstiger produzieren und Gewinne erwirtschaften können.[154] Es ist die erklärte Strategie der Krankenhauskonzerne, steigende Zahlen komplizierter Fälle zu akquirieren und gerade dadurch ihre Produktivitätsvorteile gewinnmaximierend zu nutzen.[155] Die Nebenfolge dieser Strategie ist dabei die anhaltende Reproduktion eines Sektors der Krankenhauswirtschaft, der weniger leistungsfähig ist als der gewinnstarke Sektor, weil in ihm die weniger komplizierten, „pflegeverdächtigen" Behandlungsfälle zurückbleiben. Genau hierdurch bleibt aber auch der Druck zur immer weiteren Ausgliederung der Pflegeaufgabe und Pflegearbeit aus der Krankenhausversorgung enthalten.

6.3. Weitere Formen der Ausgliederung der Pflegeaufgabe und der Pflegearbeit aus der Krankenhausbehandlung und Gesundheitsversorgung

Über die beschriebenen Stufen und auf dem beschriebenen Wege der Ausgliederung der Pflegeaufgabe und Pflegearbeit aus der Krankenhausbehandlung hinaus gibt es dort noch eine Reihe weiterer Formen dieser Ausgliederung. Beispielhaft seien genannt: Schließung von Pflegeschulen an den Allgemeinkrankenhäusern einerseits, Umwandlung von Krankenhäusern in Pflegereinrichtungen, Ausbau vorhandener Pflegeeinrichtungen in Krankenhäusern, Angliederung von Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation an Allgemeinkrankenhäuser etc. andererseits.

Allerdings gibt es auch in den anderen Hauptsektoren der Gesundheitsversorgung, der Arztpraxenversorgung und der Apothekenversorgung ausgeprägte Tendenzen zur Ausgliederung der Pflegeaufgabe und Pflegearbeit aus der krankenkassenfinanzierten Gesundheitswirtschaft. Insbesondere die rapide Verschlechterung der Hausarztversorgung ist hier zu erwähnen: Schon bei der in den 1970er

[154] Vgl. ebda, S. 227 ff.

[155] In der heftig diskutierten Studie des RWI zur Bedeutung der Krankenhauskonzerne werden diese u.a. dafür ausgezeichnet, dass sie im Durchschnitt, gemessen am Casemix-Index, schwerwiegendere Fälle als die freigemeinnützigen oder kommunalen Krankenhäuser behandeln und eine höhere Intensivbettequote als diese haben. Vgl. Angurzky et al.: Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. A.a.O., S. 18 und S. 22

Jahren eingeführten Kassenarztbedarfsplanung waren die Hausärzte bzw. Allgemeinärzte planerisch schlechter gestellt worden.[156] Hinzu kommt die anhaltend benachteiligte Stellung der Hausärzte in der Honorarhierarchie der Kassenärzteschaft und die gerade von den Krankenhauskonzernen und Krankenkassenkonzernen forcierte Ersetzung der Hausarztpraxen durch konzerngebundene medizinische Versorgungszentren[157] und die gleichzeitige Überalterung[158] und regionale Unterversorgung[159] mit Hausärzten.

Dieser Verfall der Hausarztversorgung ist deshalb für die Pflegeaufgabe und Pflegearbeit entscheidend, weil das politische Ziel der Belassung der Pflegeaufgabe im Sozialbereich und die ökonomische Wirkung der Rückverlagerung der Pflegearbeit auf die Angehörigen und Nachbarn ohne ausreichende Hausarztversorgung nicht sektoraler, sondern finaler Rationierung gleichkommt.[160]

7. Pflegeversicherung und Pflegewirtschaft als Regionalalternative zu Kassenkonzernen und Gesundheitsfonds

Für das Geschäftsmodell Deutschland gibt es das Grundmuster des Verschiebebahnhofes, bei dem beispielsweise Marktlöhne durch Daseinsvorsorge und deren Steuerkosten durch Beitragszweckentfremdung ersetzt werden und bei dem Verliererebenen wie die Kommunen oder Verlierergruppen wie die Langzeitarbeitslosen durch „Hybridlösungen“ wie die Pflegeversicherung oder die Grundsicherung sozusagen minimal am Leben erhalten werden. In der Abteilung „Gesundheitswirtschaft“ im Geschäftsmodell Deutschland hat die Pflegeaufgabe und die Pflegearbeit die Verliererrolle, ohne die beispielsweise die wachsenden Gewinne in der Krankenhausversorgung nicht zu erklären sind. Pflegeversicherung und Pflegeversorgung sind in ihrer ganzen Desolatheit und mit ihrer geradezu gnadenlosen Rückverweisung der Pflegeaufgabe an die „Angehörigen und Nachbarn“, d.h. in das „Soziale“ exemplarisch für die Destruktivität dieses Geschäftsmodells Deutschland.

---

[156] Goeschel, Albrecht: Zum Verhältnis von fachlicher Arztstruktur und regionaler Kassenarztbedarfsplanung. In: Der Praktische Arzt, 14-1978, S. 1781 - 1782

[157] Hoppenthaller, Wolfgang: Niemand wird den Patienten helfen: Gesundheitsreform bringt Ende der Hausarztversorgung für Frühentlassene. In: Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Wirtschaftlichkeit“: Was braucht NRW: Soziale Krankenhäuser oder Gesundheits-Kaufhäuser? Düsseldorf 2009, S. 57 - 74

[158] Klose, Joachim; Rehbein, Isabel: Ärzte-Atlas 2001 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertagsärzten. Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin 2011, S.

[159] Goeschel/Steinmetz: Hausarzt-Atlas für Deutschland – Erscheint demnächst

[160] Goeschel, Albrecht: Für eine Lebenslagen-Medizin: Die Sozialwirtschaft und die Priorisierungsdebatte. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Baden-Baden 6/2009, S. 203 - 207

In der pflegepolitischen Diskussion wird u.a. erörtert, ob nicht eine Zusammenlegung von Krankenversicherung und Pflegeversicherung anzustreben wäre.[161] Die mit dieser Option angestrebte „Verbesserung“ der Lage der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen übersieht schlichtweg, dass das zunehmende „Pflegerisiko“ auf weite Strecken ein Resultat der spezifischen Ökonomisierung des „Krankheitsrisikos“ ist, zu dem wesentlich die Herausbildung von Kassenkonzernen, Krankenhauskonzernen, des Gemeinsamen Bundesausschusses und vor allem des Zentralen Gesundheitsfonds gehört. Vor diesem Hintergrund der Rolle der Pflegeversicherung als „Bad Bank“ der Krankenversicherung und der Rolle der Pflegewirtschaft als „Work Bench“ der Gesundheitswirtschaft stellt sich viel mehr die Frage, ob es nicht die wirksamere Strategie ist, die Pflegeversicherung zu einer offensiv daseinsvorsorgenden, angesichts der unparitätischen Finanzierung allein von den Mitgliedern gesteuerten und insbesondere regional selbstverwalteten und interregional finanzausgeglichenen Gesundheitsversicherung weiterzuentwickeln. Die Verschiebung des Morbiditätsspektrums in Richtung chronischer Einschränkungen, Erkrankungen und Behinderungen bietet hierfür die Basis.

Insbesondere besteht auch eine zwingenden Notwendigkeit für eine regionalselbstverwaltete und finanzausgeglichene Organisationsstruktur im Gegensatz zur Konzentration und Zentralisierung bei den Kassenkonzernen und dem Gesundheitsfonds deshalb, weil die krankenkassenfinanzierte Business-, Hightech- und Prestigemedizin vor allem in den neuen Bundesländern keine flächendeckende Versorgung als sozusagen „Nebenprodukt“ mehr garantieren kann.

Für eine Entscheidung zugunsten einer offensiven Autonomie- und Regionaloption bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist es nötig, vor allem auch den negativen Regionaleffekt des Zentralen Gesundheitsfonds zunächst zu analysieren.

7.1. 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.

---

[161] Sozialverband VdK Deutschland (Hrsg.): Sozialpolitische Anträge zum 16. Ordentlichen Bundesverbandstages, Entwurf, Bonn 20.01.2010, S. 17 ff.

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. Es kommt noch dazu, dass gerade in den wirtschaftsstarken Regionen mit einem erhöhten Entgeltniveau, d.h. einem eigentlich höherem Beitragseinkommen die Quote der Geringfügigbeschäftigung besonders hoch ist, d.h. deutlich unterproportionale Beitragszahlungen an den Gesundheitsfonds erfolgen, gleichzeitig aber dank hoher Gesundheitsausstattung auch hohe Rückflüsse erfolgen.

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.

7.2. Einheitsbeitrag ist eine Kranken-Steuer

Der neue Einheitsbeitragssatz wird zentral vorgegeben und ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Grundlohnniveaus, unterschiedlichen Gesundheitsinfrastrukturen und unterschiedlichen Morbiditäten aus den Regionen abgezogen und im zentralen Sondervermögen Gesundheitsfonds (§ 271 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.

Übersicht: Finanzströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem 01. Januar 2009

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

Übersicht

Finanzströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem 1. Januar 2009

Beitragsabschöpfung aus den Regionen

- Zentraler Gesundheitsfonds[1)]

⇑ ⇑ ⇑ ⇑ ⇑ ⇑ ⇑

- Zentral festgelegter Einheits-Beitrag[2)]

Leistungsrückflüsse in die Regionen

- Zentrale Festlegung von Leistungskatalog und Qualitätsstandard[3)]

⇓

- Zentraler Budgetdeckel[4)]

⇓

- Regionale Arztpraxen, Krankenhäuser, Therapieeinrichtungen etc.[5)]

[1)] Gesundheitsfonds gemäß § 271 SGB V
[2)] Allgemeiner Beitragssatz gemäß § 241 Abs. 1 SGB V
[3)] Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V
[4)] Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V
[5)] Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern gemäß §§ 69-140 h SGB V

©
STUDIENGRUPPE
FÜR
SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE

7.3. Einheitsbeitrag und Grundpauschale sind mit der Verfassungsordnung nicht zu vereinbaren

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 **Bundes**staat verfasst. Eine länderräumliche föderale Gliederung der Bundesrepublik Deutschland ist damit Verfassungsgrundsatz. Konform mit diesem Verfassungsgrundsatz erfolgt die Rückverteilung der nach einem einheitlichen Abgabesatz 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 mitgliedermehrheitlich 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.

7.4. 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 und für die zur Krankenversicherung überhaupt keine Beiträge abgeführt werden. Für die restlichen geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse fällt eine Art „verdeckte Kopfpauschale“ zur Krankenversicherung an. 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 eine sozusagen kassenspezifische „kleine Kopfpauschalen“ dar.

Im hier diskutierten Zusammenhang interessiert die Frage wie die „verdeckte“ Kopfpauschale bei Geringfügigbeschäftigung bzw. die „kleine“ Kopfpauschale bei Zusatzbeitragserhebung regionalwirtschaftlich wirken. Aufgrund der Datenlage kann dies derzeit nur für die Geringfügigbeschäftigung insgesamt 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 Geringfügigbeschäftigung liegt darin, dass sowieso nur für einen Teil der geringfügig Beschäftigten zwar nur minimale Beiträge an die Krankenkassen bzw. den zentralen Gesundheitsfonds abgeführt werden, diese 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.

7.5. Pflegeversicherung und Pflegeversorgung als Korrekturfaktor

Die als „Bad Bank“ für die Gesetzliche Krankenversicherung und als „Work Bench“ für die Business-, High-Tech- und Prestigemedizin gedachte Pflegeversicherung und Pflegewirtschaft könnten gleichwohl in soziodemografisch und gesundheitsökonomisch unattraktiven Regionen durchaus zu einem wichtigen regionalwirtschaftlichen Ausgleichsfaktor werden.[162]

7.6. Gesundheitsfonds, Bundesstaat und Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse

Der Gesundheitsfonds des § 271 SGB V umfasst Krankenkassen-Beitragsabgaben in einem jährlichen Volumen, 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.

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

---

[162] Goeschel, Albrecht: Die Pflegeversicherung als Faktor für Wirtschaftswachstum und Beschäftigung. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit, München 1991, S. 21 - 33

Übersicht

Krankenkassen-Beitragsabgaben und Verbrauchs-Steuerabgaben in Deutschland 2003

Aufkommen und Verteilung der Krankenkassen-Beitragsabgaben	**Mrd. EUR**	**Aufkommen und Verteilung der Verbrauchs-Steuerabgaben**[**)]	**Mrd. EUR**
Gesundheitsfonds[*)]		Bundeshaushalt	
		Länderhaushalte	
		Gemeindehaushalte	
		EU-Haushalt	
Zusammen	**137,4**	**Zusammen**	**104,2**

*) Beitragseinnahmen von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern zur Gesetzlichen Krankenversicherung 2003

**) Nur Umsatzsteuer 2003

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

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE

Krankenversicherung mit eigenen Zahlungsverpflichtungen im Wege sogenannter „Verschiebebahnhöfe“ und „Versicherungsfremder Leistungen“ auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung entlastet.[163)]

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 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 Krankenkassen-Beitragsabgaben mit den Verfassungsgrundsätzen der Bundesstaatlichkeit bei Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse vereinbar ist.

7.7. 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.[164]

---

[163] Vgl. hierzu u.a. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung – Jahresgutachten 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

[164] Eine Ausnahme stellt das Diakonische Werk mit seiner Basisinformation zum Gesundheitsfonds dar. Darin wird auch der Gesichtspunkt des Verhältnisses von einkommensstarken

Die schon mehrfach angesprochenen bundesstaats-verfassungsrechtlichen 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.

7.7.1. 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.“*[165]

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

---

und einkommensschwachen Regionen und dessen Veränderung durch den Gesundheits-fonds angesprochen. – Vgl. Diakonisches Werk: Basisinformation zum Gesundheitsfonds vom 04.08.2008, http: www.diakonie-fid.de/htme/grp/7_2313_html

[165] Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung - Eine neue Fragestellung in Wissenschaft und Politik. In: Die Ortskrankenkasse, Bonn 9-10/1987, S. 266

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“[166] als nicht nur soziales, sondern auch regionales Phänomen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

7.7.2. Beitragssatzdominanz, Leistungsmanipulierbarkeit und Krankensteuer

Untersuchungen zu den rechnerischen Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die Länder als fiktive „Wirtschaftssubjekte“ fragen 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.[167]

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[168] 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[169]. Auch in diesen

---

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

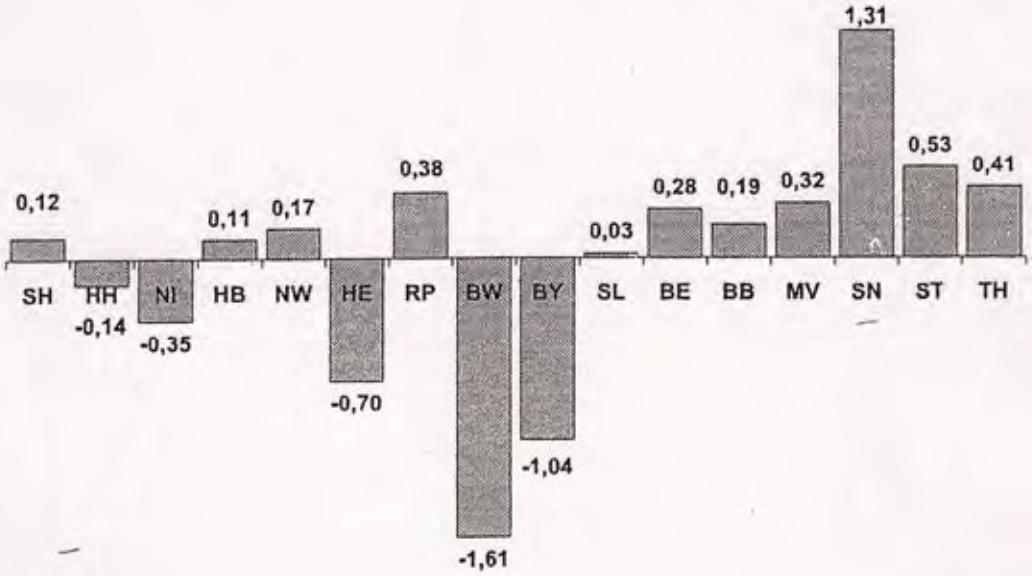
167 Vgl. Institut für Mikrodaten-Analyse (Hrsg.): A.a.O.

168 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

169 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

Grafik

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.

IfMDA Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse

Regionalbilanzen waren, soweit untersucht, die neuen Bundesländer „Gewinner“ infolge erhöhter Zahlungsrückflüsse.[170]

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, 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.[171]

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

---

[170] Vgl. Blos, 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

[171] 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

Übersicht

Zahlenentwicklung der Regionalkrankenkassen und der Kommunalkörperschaften in Deutschland 1980 - 2005

Jahre / Körperschaften	Anzahl			
	1980	**1990**	**2000**	**2005**
Krankenkassen[1)]	1300	1130	410	370
Kommunen[2)]	328[3)]	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

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.[172]

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 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, Krankenhäusern 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

[172] Vgl. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (Hrsg.): Ersatzkassen-Report Bayern, München September 2008, S. 5

Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Art der Gesundheitsversorgung abhängig. Hinzu kommen als Einflussgrößen 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 Leistungsausgaben 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.[173]

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

[173] 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

und sozial war damit ein räumlich überschaubarer und steuerbarer Zusammenhang von regionaler Beitragsaufbringung und regionaler 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.

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.[174]

7.7.3. Finanzzentralisierung und Regionaldisparitäten

Untersuchungen zu den rechnerischen Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die Länder sprechen in diesem Zusammenhang

[174] 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

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“[175] 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

Wegen der Eigenschaft der Krankenkassen-Beitragsabgaben als eine „Kranken-Steuer“ auf eine zukünftig zwar nicht zwingende, aber wahrscheinliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen[176] und wegen ihres Umfanges ist es zulässig, diese Krankenkassen-Beitragsabgaben aus den Ländern an den zentralen Gesundheitsfonds den Verbrauchs-Steuereinnahmen, 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-Steuereinnahmen identifiziert werden.

Nun kann auf dieser Ebene nicht umstandslos von „Armutsgefährdung“ 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

---

[175] Vgl. Institut für Mikrodaten-Analyse: A.a.O., S. 39

[176] 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

Übersicht:

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
Deutschland	**141,90**	**141,90**	**141,90**

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung.

zwischen den Abflüssen in den Gesundheitsfonds und den Zuflüssen aus dem Umsatzsteueraufkommen.[177]

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 Härtefallregelungen nur in einem marginalen Bereich.[178] 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.[179]

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.[180] 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.[181]

---

[177] Dabei müssen die Zuflüsse aus dem Umsatzsteueraufkommen zuvor um die anteiligen Umsatzsteuerabführungen bereinigt werden, die zumindest für einen Teil der Gesundheits-leistungen, bspw. Arzneimittel anfallen

[178] Vgl. AOK-Bundesverband (Hrsg.): Die Wirkungen der Härtefallregelung beim Zusatzbeitrag im Fondskonzept der Bundesregierung, Bonn 24.08.2006, S. 22

[179] Vgl. ebda., S. 22

[180] 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.

[181] 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,

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 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.[182] 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.

---

wird aber bei Leistungsabbau enden und den Rückfluss in die Region mindern. –Vgl. Süddeutsche Zeitung, 08.07.2008

[182] Vgl. Verband der Angestellten-Krankenkassen. (Hrsg.): A.a.O., S. 5

Zitat

Subtile Form der Rationierung

„Die negativen Folgen werden durch die Münchner Situation verstärkt“, klagt Schurer*) 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.

*) Robert Schurer, Direktion München der AOK Bayern
Quelle: Süddeutsche Zeitung, 8. Juli 2008

7.7.4. 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 Zahlungsrückflüssen ein erhöhtes Disparitäten- bzw. Verarmungsrisiko aufweist, ist die Ausstattung mit Leistungsanbietern wie bspw. Arztpraxen und Krankenhäuser.[183] Ebenso bedeutsam ist dann deren Aufgliederung hinsichtlich Einkommensniveau und Umsatzniveau bzw. Zunahme- oder Abnahmetendenz etc.

7.7.4.1. Arztpraxen als Faktoren für Rückflüsse

Nachfolgend werden einige Unterscheidungsmerkmale der Aufgliederung der Leistungsanbietergruppe Arztpraxen erörtert.

7.7.4.1.1. Arztgruppen nach Einkommen und Ausstattungsdichte

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 Ausstattungsdichte. In Ländern oder

[183] In der Gesundheitsökonomie wird seit langer Zeit die Frage der Arztzahl- bzw. Bettendichte-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.

Übersicht

Einkommen der Niedergelassenen Ärzte nach Arztgruppen 2003

Einkünfte Arztgruppen	Jahresertrag je Praxisinhaber bzw. Gemeinschaftspraxen EUR*)
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

*) Aktuellste verfügbare Zahlen
Quelle: Süddeutsche Zeitung, 27.08.2008

Regionen mit deutlich niedrigerer Ausstattungsdichte 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 den Regionen Deutschland

7.7.4.1.2. Arztgruppen nach Bestandsentwicklung

Breiten Raum in der öffentlichen Diskussion nimmt seit einigen Jahren die regional unterschiedliche Altersentwicklung und damit das erwerbsdemografisch bedingte regional unterschiedliche Ausscheiden bei den Niedergelassenen Ärzten ein.[184] Zusammen mit der unterschiedlichen Wiederbesetzungsaussicht ergeben sich hier in bestimmten Regionen in den nächsten Jahren deutliche Ausstattungsrückgänge.[185]

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.

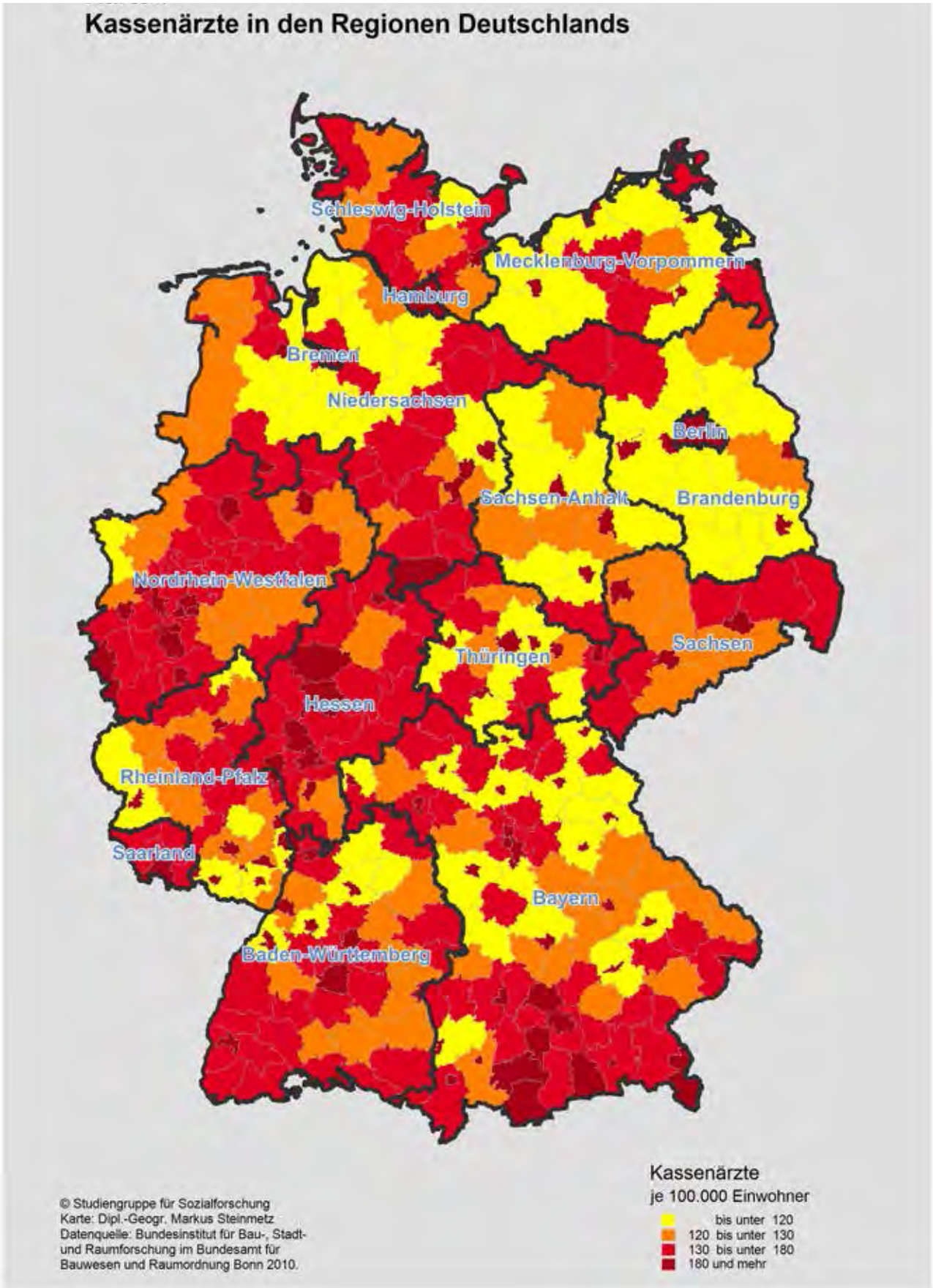
7.7.4.1.3. Arztgruppen nach Substitutionsrisiko

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

---

[184] Vgl. Klose et al.: Ärztemangel-Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung. (Hrsg.): Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn 2003

[185] Vgl. ebda., S. 189


Kassenärzte in den Regionen Deutschlands
Schleswig-Holstein
Mecklenburg-Vorpommern
Hamburg
Bremen
Niedersachsen
Berlin
Sachsen-Anhalt
Brandenburg
Nordrhein-Westfalen
Sachsen
Thüringen
Hessen
Rheinland-Pfalz
Saarland
Bayern
Baden-Württemberg
© 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
bis unter 120
120 bis unter 130
130 bis unter 180
180 und mehr

Übersicht

Anteil älterer Ärzte nach Arztgruppen und Kassenärztlichen Vereinigungen 2005

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

*) Ausgewählte Arztgruppen
**) Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten
Quelle: Klose et al. (Hrsg.): Ärzteatlas, (Hrsg.): Wissenschaftliches Institut des Ortkrankenkassen, Bonn 2007

Substitution zumindest von Teilen des Tätigkeitsspektrums von Hausärzten durch Call-Center-Beratungssysteme.[186] [187]

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[188] vorrangig freiberuflich-nahversorgende praxisärztliche Anbieterstruktur noch als Faktor von 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.

7.7.4.2. Krankenhäuser als Faktoren für Rückflüsse

Nachfolgend werden einige Unterscheidungsmerkmale der Aufgliederung der Leistungsanbietergruppe Krankenhäuser erörtert.

7.7.4.2.1. Krankenhausgruppen nach Fallkosten und Ausstattungsdichte

Die Kostenstatistik der Krankenhäuser erlaubt bei regionalisierten Darstellungen der unterschiedlichen Krankenhausgruppen-Anteile eine Abschätzung der krankenhausgruppenabhängigen Rückflussstärke in die Länder bzw. Regionen.[189]

---

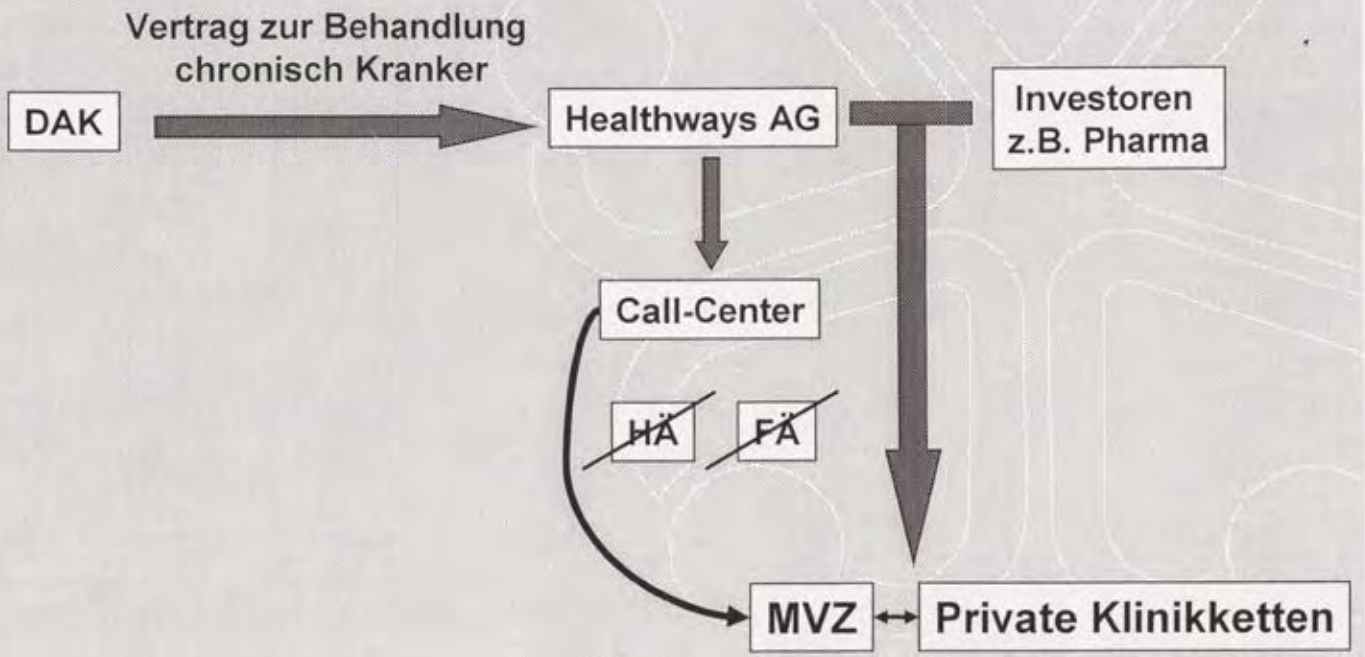
186 Vgl. Süddeutsche Zeitung, 06.05.2008

187 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

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

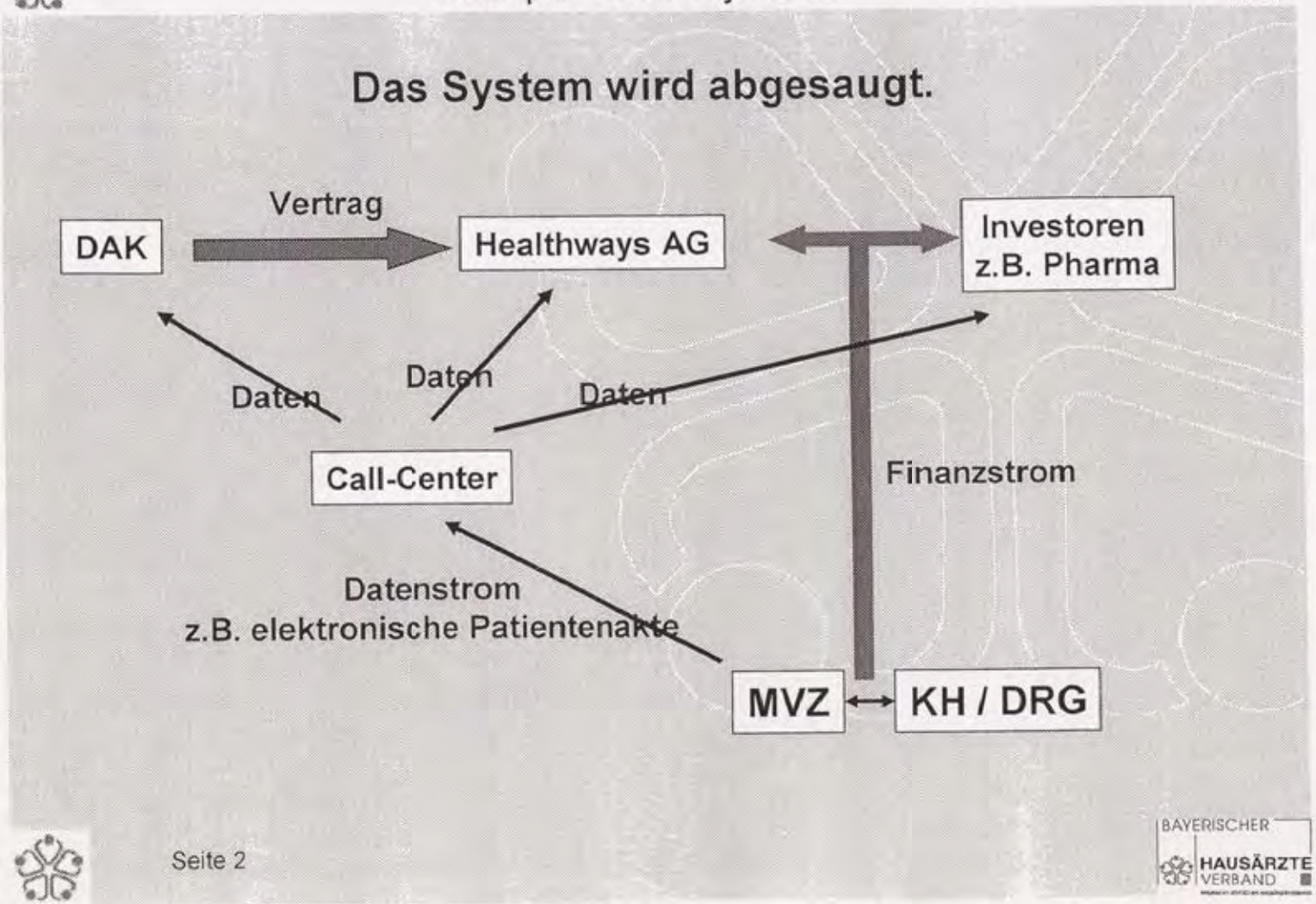
189 Bei der kostenbezogenen Unterscheidung von Krankenhausgruppen zeigt das Gruppenmerkmal „Größe=Bettenzahl“ die größeren Unterschiede gruppenspezifischer Kosten als etwa des Gruppenmerkmal „Trägerschaft“. – Vgl. Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Stuttgart 2004, S. 337

Kommen die Heuschrecken? Das Spiel beginnt



BAYERISCHER HAUSÄRZTE VERBAND

Das perfekte System



BAYERISCHER HAUSÄRZTE VERBAND

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 den Regionen Deutschlands

7.7.4.2.2. 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 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 Krankenhausausstattung 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: Insolvenzriskante 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.

7.7.4.2.3. Krankenhausleistungen nach Substitutionsrisiko

Anhaltend werden die Möglichkeiten einer Aufspaltung und Ersetzung der traditionell vollstationären medizinisch-pflegerischen **Übersicht**

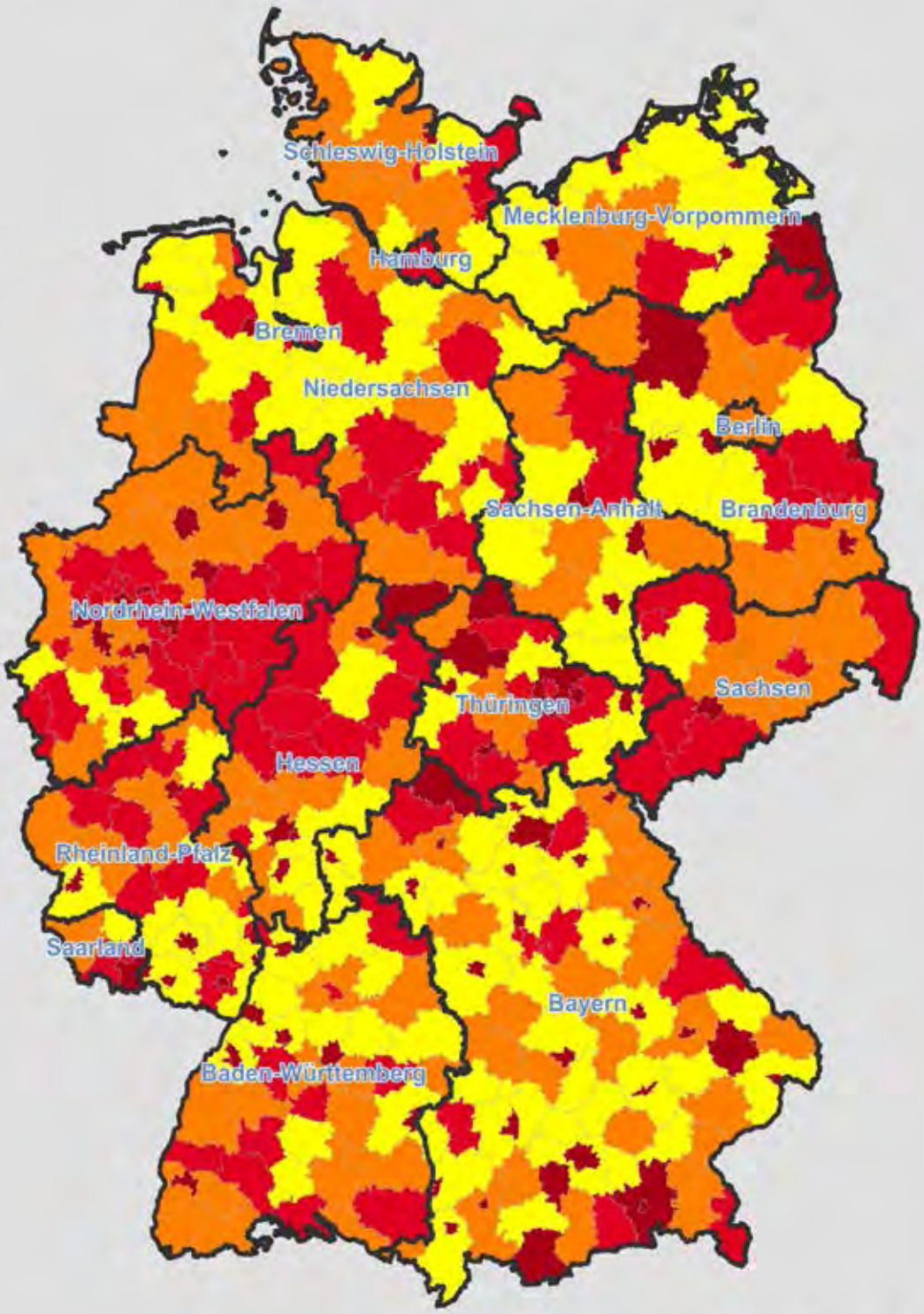
Fallkosten der Allgemeinkrankenhäuser nach Krankenhaus-Größenklassen 2001

Fallkosten Krankenhaus-Größenklassen*)	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

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

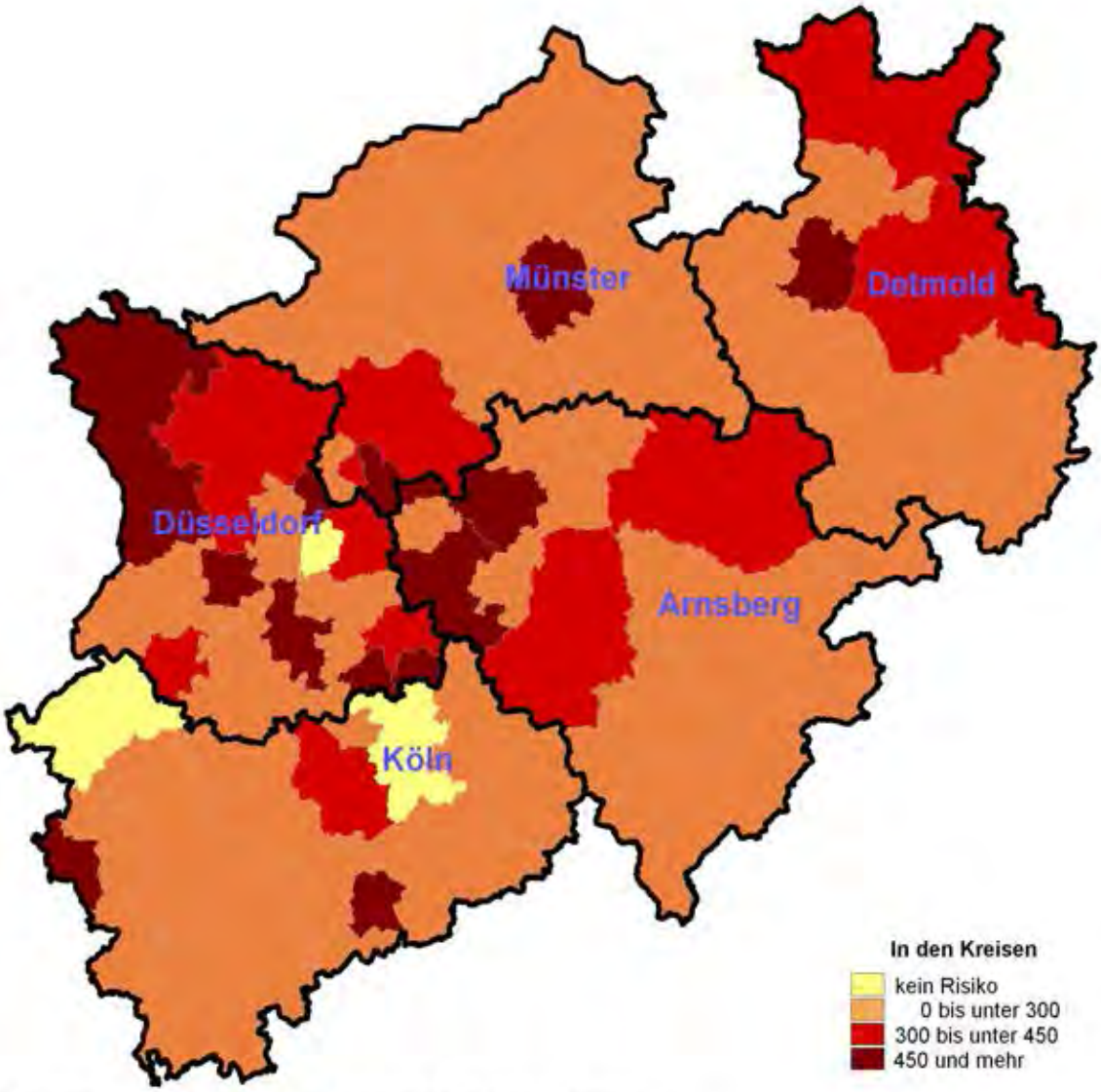
STUDIENGRUPPE
FÜR
SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE

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.

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

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, um 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.

7.7.5. 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 partipizieren.

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

Übersicht:

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

Betten / 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

Rolle. Insbesondere die Dichte der Geringfügigbeschäftigten ist dafür wesentlich, ob mehr Leistungszuflüsse als Beitragsabflüsse für eine Region gelten.

7.7.5.1. 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.

Karte: Beitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands

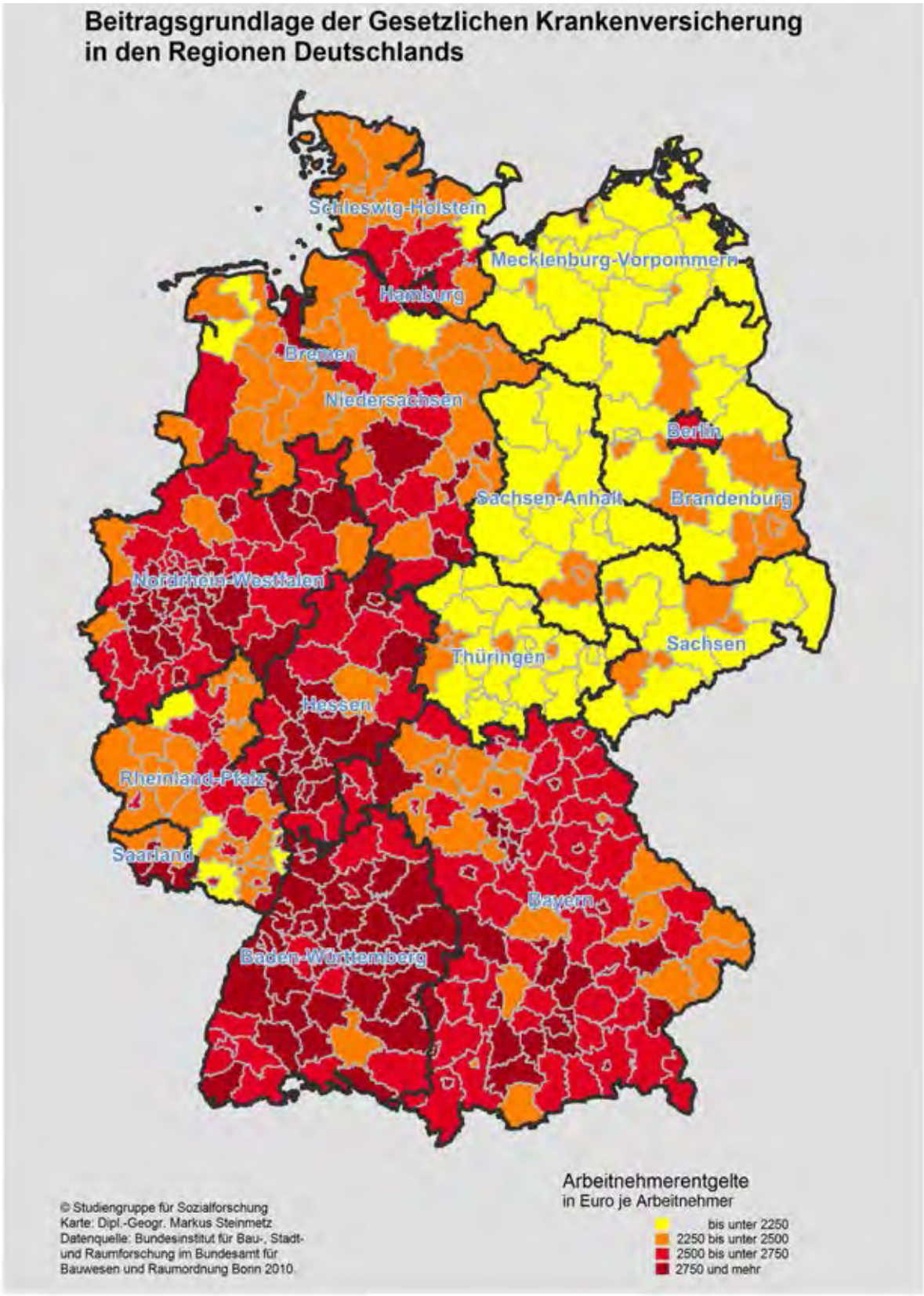
Betrachtet man die unterschiedliche regionale Häufigkeit von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung noch unter dem Gesichtspunkt, ob es sich hierbei um Teilzeit bzw. Leiharbeit handelt, häufen sich diese beiden Beschäftigungsformen mit denen tendenziell niedrigere Arbeitsentgelte bzw. Beitragsaufkommen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

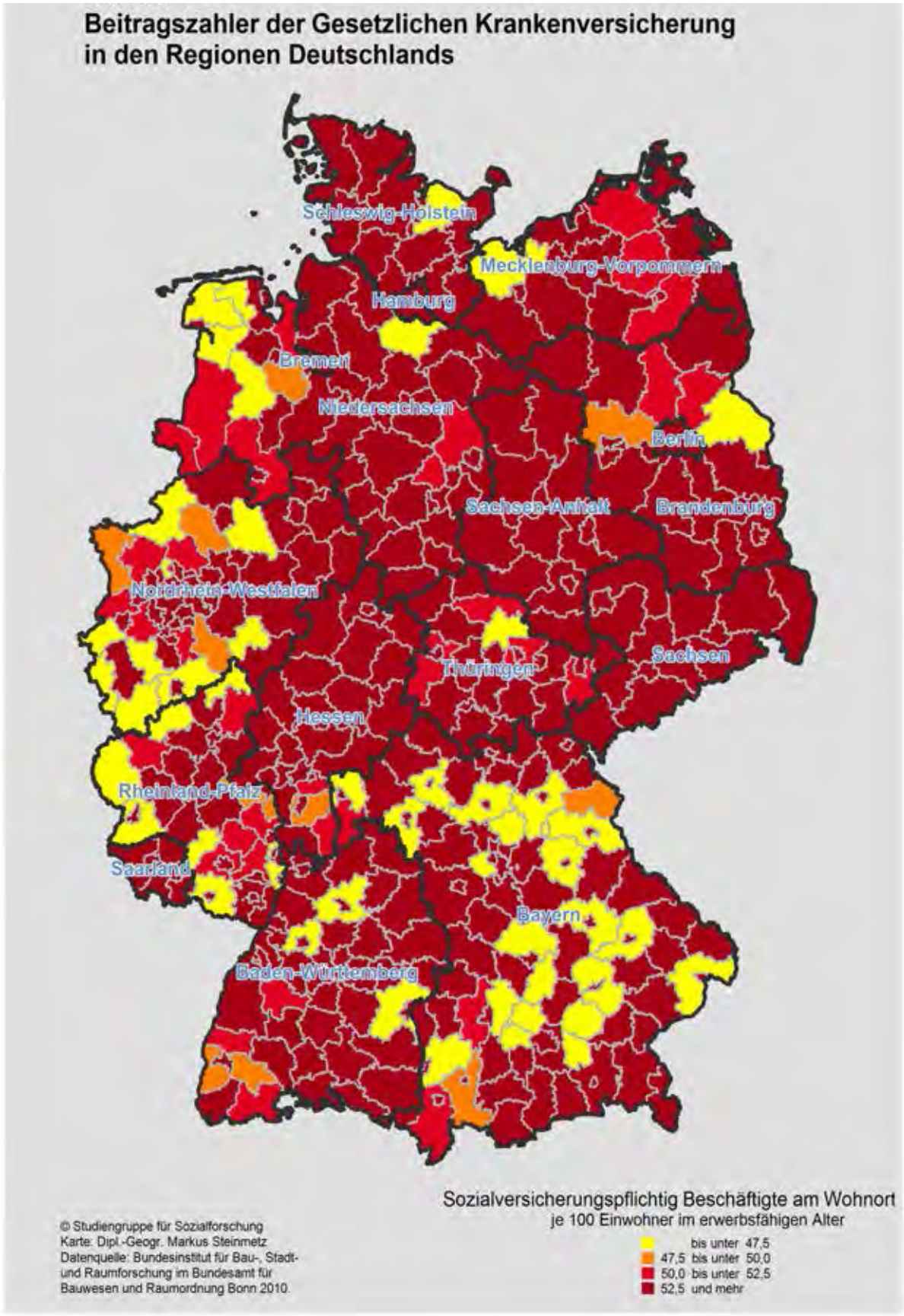
Karte: Niedrigbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands (Teilzeitarbeit)

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

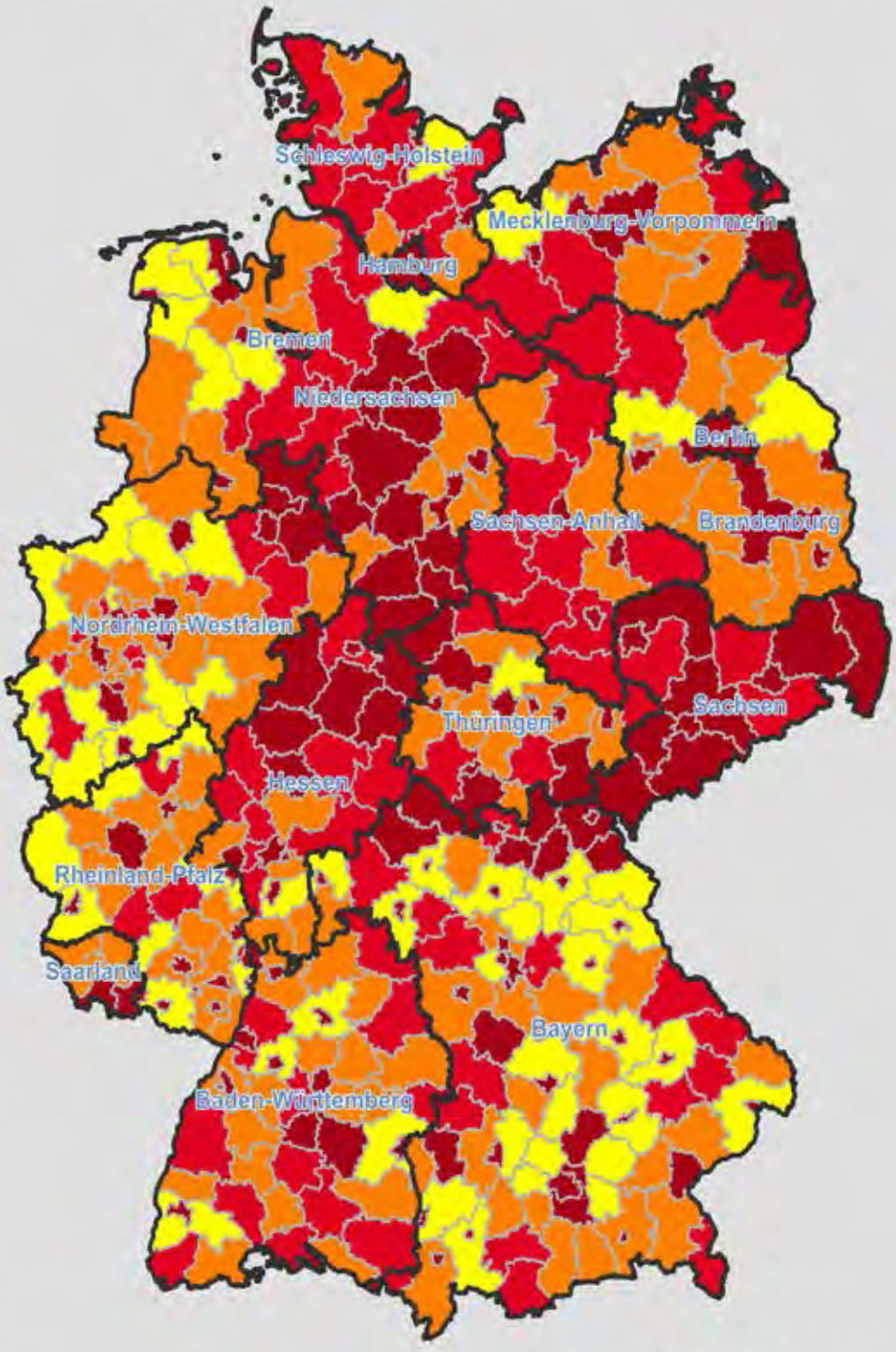
7.7.5.2 Langzeitarbeitslosigkeit und Geringfügigarbeit als Faktor für Zuflüsse

Bei Langzeitarbeitslosen und deren Bedarfsgemeinschaften, die Leistungen der Grundsicherung nach SGB II beziehen bezahlt die


Beitragsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung
in den Regionen Deutschlands
Schleswig-Holstein
Mecklenburg-Vorpommern
Hamburg
Bremen
Niedersachsen
Berlin
Sachsen-Anhalt
Brandenburg
Nordrhein-Westfalen
Sachsen
Thüringen
Hessen
Rheinland-Pfalz
Saarland
Bayern
Baden-Württemberg
Arbeitnehmerentgelte
in Euro je Arbeitnehmer
bis unter 2250
2250 bis unter 2500
2500 bis unter 2750
2750 und mehr
© Studiengruppe für Sozialforschung
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.


Beitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung
in den Regionen Deutschlands
Schleswig-Holstein
Mecklenburg-Vorpommern
Hamburg
Bremen
Niedersachsen
Berlin
Sachsen-Anhalt
Brandenburg
Nordrhein-Westfalen
Thüringen
Sachsen
Hessen
Rheinland-Pfalz
Saarland
Bayern
Baden-Württemberg
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Wohnort
je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter
bis unter 47,5
47,5 bis unter 50,0
50,0 bis unter 52,5
52,5 und mehr
© Studiengruppe für Sozialforschung
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

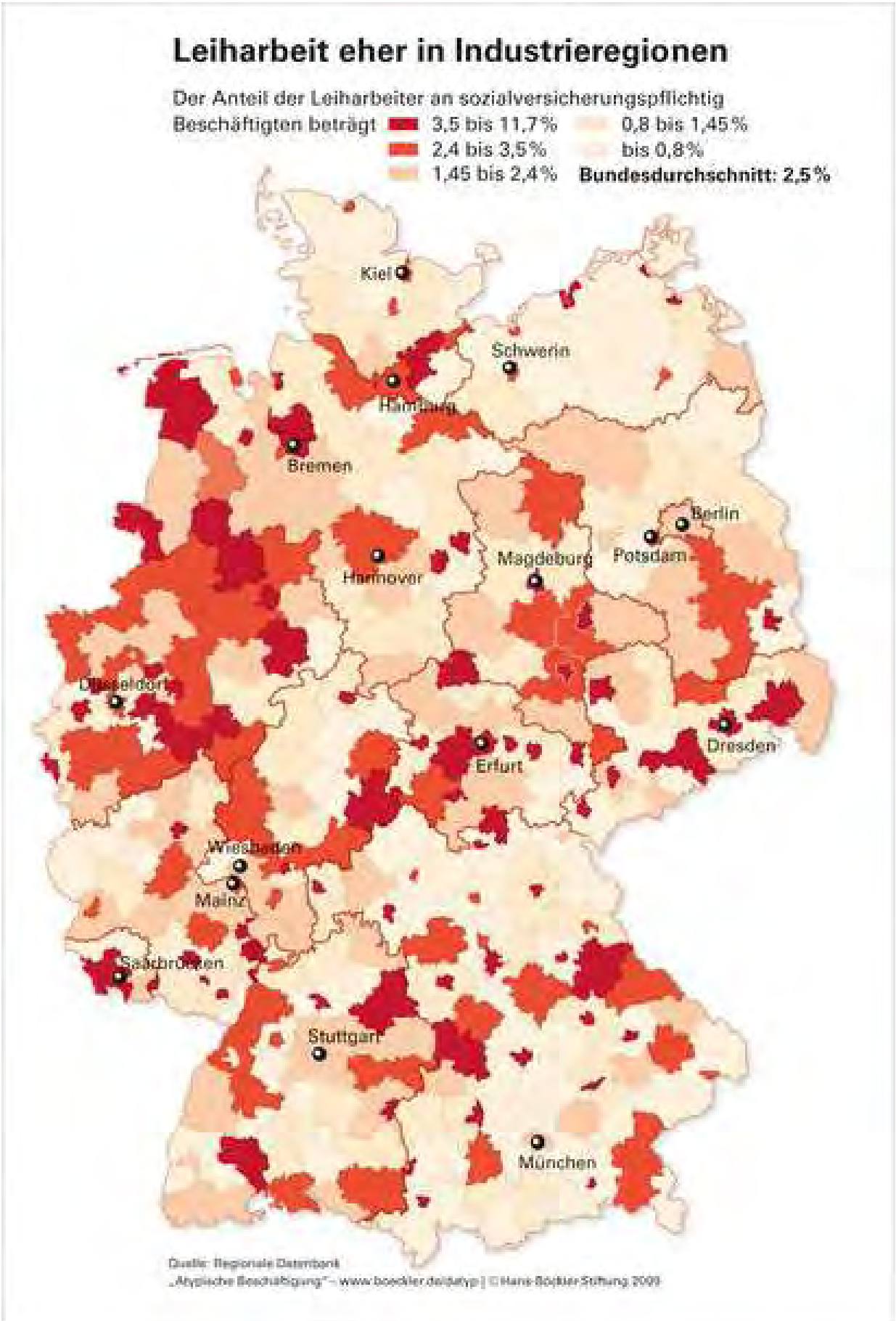
Niedrigbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands



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

- bis unter 5,0
- 5,0 bis unter 6,0
- 6,0 bis unter 7,0
- 7,0 und mehr

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


Leiharbeit eher in Industrieregionen
Der Anteil der Leiharbeiter an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beträgt
3,5 bis 11,7%
2,4 bis 3,5%
1,45 bis 2,4%
0,8 bis 1,45%
bis 0,8%
Bundesdurchschnitt: 2,5%
Kiel
Schwerin
Hamburg
Bremen
Berlin
Potsdam
Magdeburg
Hannover
Düsseldorf
Erfurt
Dresden
Wiesbaden
Mainz
Saarbrücken
Stuttgart
München
Quelle: Regionale Datenbank
„Atypische Beschäftigung" – www.boeckler.de/atyp | © Hans-Böckler-Stiftung 2009

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.

Karte: Unterbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands

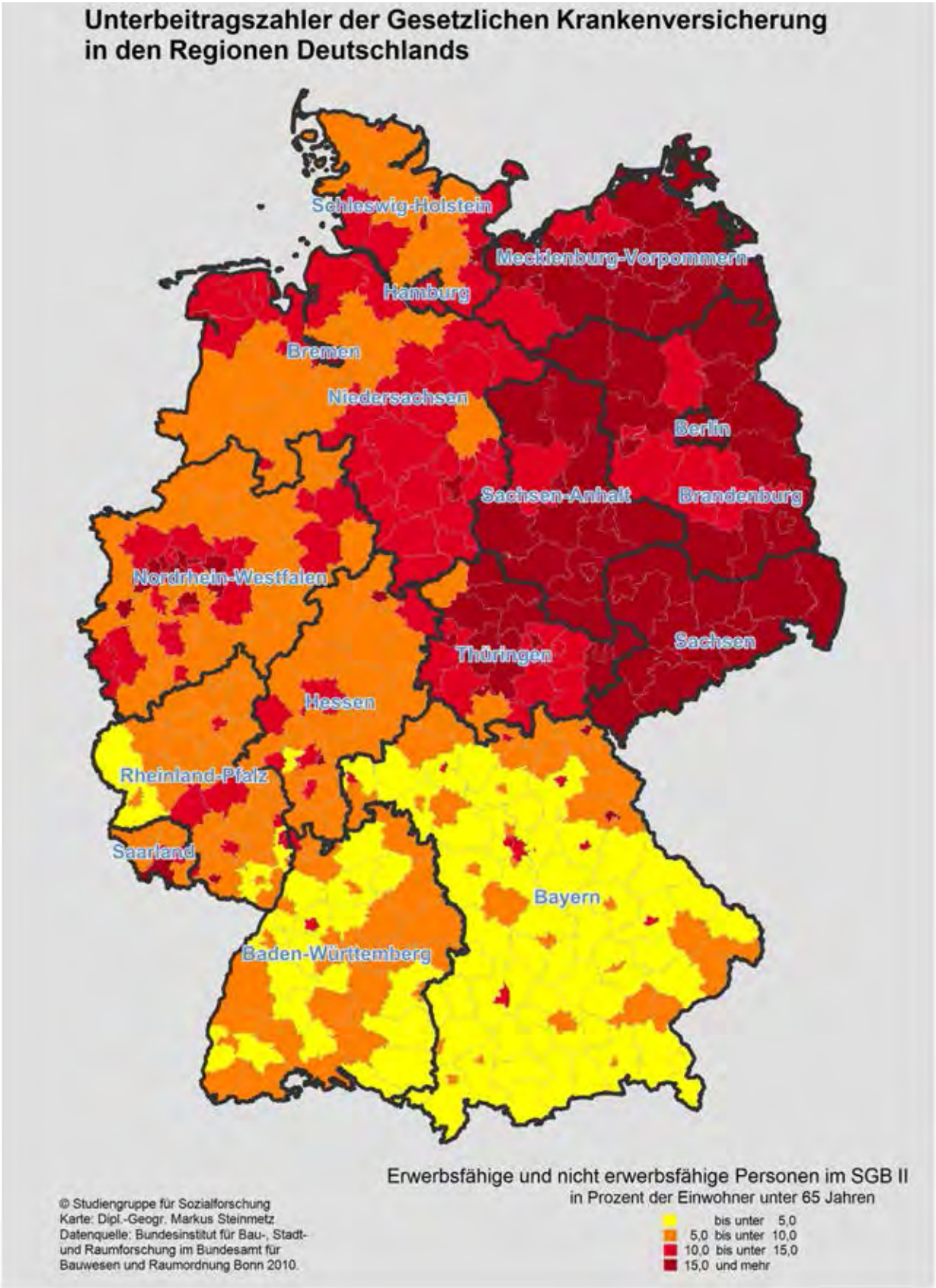
Bei den derzeit ca. 7,2 Millionen Geringfügigbeschäftigungen, von denen ca. 4,9 Millionen ausschließlich geringfügig beschäftigt sind, zahlt der Arbeitgeber nur eine Pauschale für Sozialversicherung und Lohnsteuer. Krankenhausversicherungsbeiträge werden nur bei einer zusätzlichen geringfügigtätigkeit erhoben. 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.

Karte: Nichtbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands

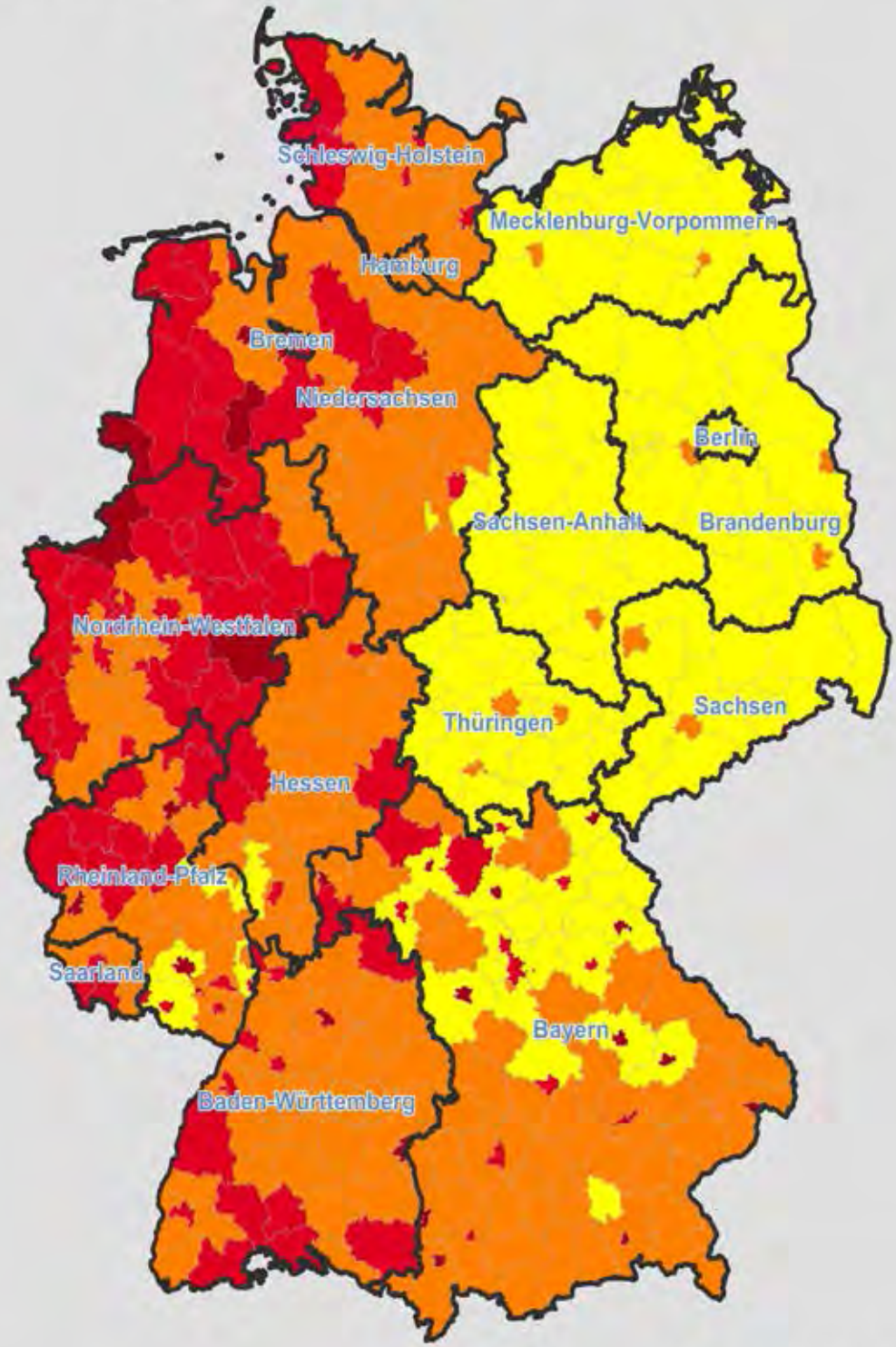
7.7.5.3 Soziale und regionale Disparitäten durch Krankenkassen-Struktur-Politik

Hier stellt sich dann die Frage der Legitimität verdeckter Transfers: Transfers in wirtschaftliche Regionen mit hohem Wertschöpfungsniveau, hohem Gesundheitsinfrastrukturniveau und hoher Kopfpauschalenquote 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


Unterbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung
in den Regionen Deutschlands
Schleswig-Holstein
Mecklenburg-Vorpommern
Hamburg
Bremen
Niedersachsen
Berlin
Sachsen-Anhalt
Brandenburg
Nordrhein-Westfalen
Thüringen
Sachsen
Hessen
Rheinland-Pfalz
Saarland
Bayern
Baden-Württemberg
Erwerbsfähige und nicht erwerbsfähige Personen im SGB II
in Prozent der Einwohner unter 65 Jahren
bis unter 5,0
5,0 bis unter 10,0
10,0 bis unter 15,0
15,0 und mehr
© Studiengruppe für Sozialforschung
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Nichtbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands



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

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

diskutiert und skandalisiert.[190] Lösungsvorschläge wie etwa eine Bürgerversicherung werden diskutiert.

Karte: Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft in den Regionen Deutschlands

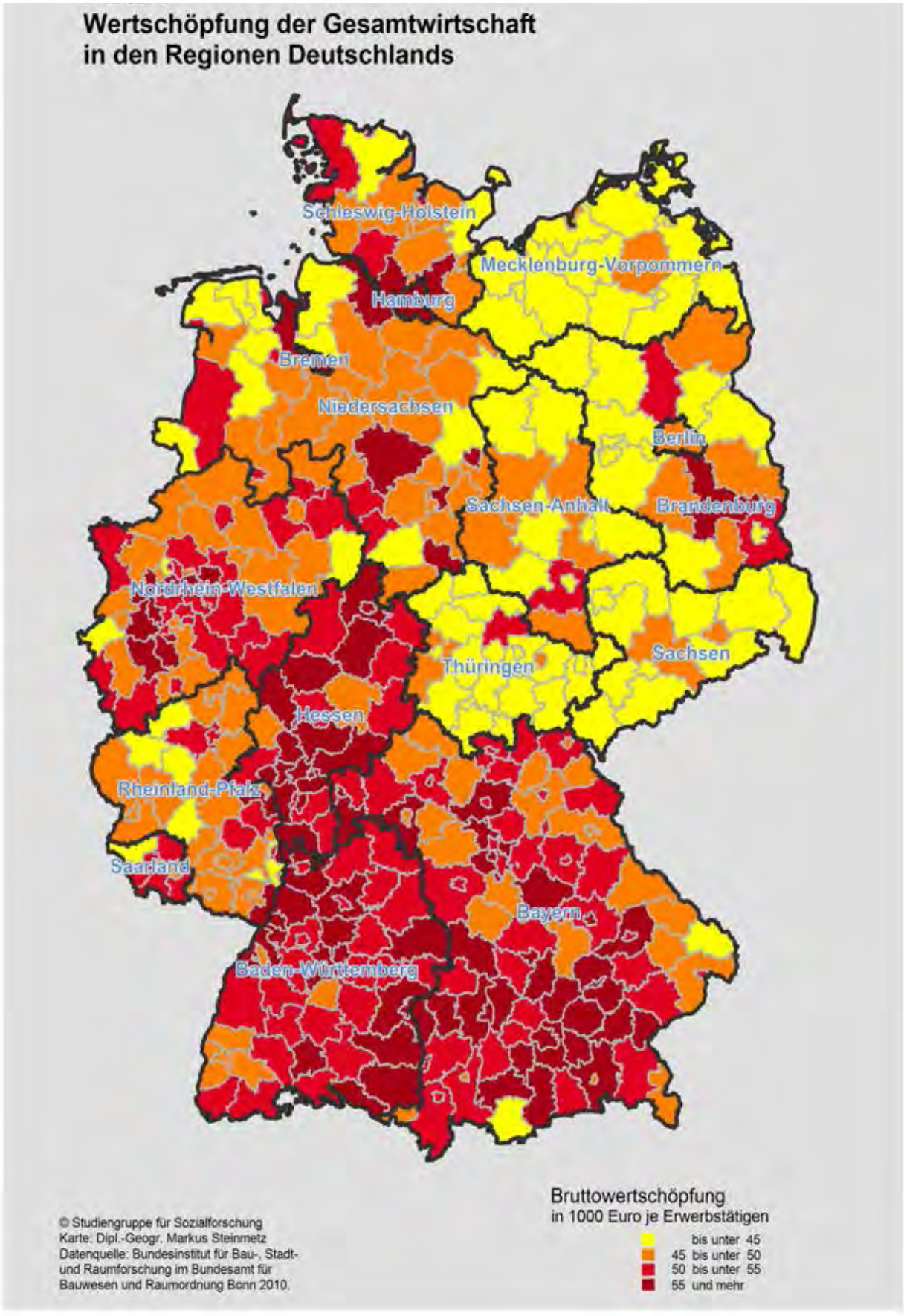
Zu einem der frühesten Themen von Verletzungen des Solidaritäts- und Gerechtigkeitszieles der sozialen Krankenversicherung bzw. der Forcierung sozialer Benachteiligung unter dem Vorwand sozialen Ausgleichs in der Krankenversicherung gehörte die soziale und finanzielle Ungleichheitsproduktion durch die 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 Kranken-versicherung erfassten Beitragszahler und Versicherten und damit 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 Jahren sowie im Zusammenhang der Wiedervereinigung forcierten AOK-Zentralisierung vergleichsweise gut thematisiert.

Ursprüngliches Leitbild der Finanzströme in der Gesetzlichen Kranken-versicherung 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.

[190] 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


Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft
in den Regionen Deutschlands
Schleswig-Holstein
Mecklenburg-Vorpommern
Hamburg
Bremen
Niedersachsen
Berlin
Sachsen-Anhalt
Brandenburg
Nordrhein-Westfalen
Sachsen
Thüringen
Hessen
Rheinland-Pfalz
Saarland
Bayern
Baden-Württemberg
Bruttowertschöpfung
in 1000 Euro je Erwerbstätigen
bis unter 45
45 bis unter 50
50 bis unter 55
55 und mehr
© Studiengruppe für Sozialforschung
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Die Beiträge zur AOK entstammen der Region und verbleiben auch durchweg in der regionalen Wirtschaft.“[191]

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[192] 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 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 selbständigen Krankenkassen an.

---

[191] Vgl. AOK-Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.): AOK-Partner der Versicherten und Arbeitgeber, Bonn Februar 1984, S. 50

[192] Im Zuge des Gesundheits-Strukturgesetzes von 1992 wurden die rechtlichen Grundlagen zur Zusammenlegung von AOKen deutlich verbreitert.

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. Eine

Gegenrechnung mit den Umsatzsteuerzuflüssen ist wegen der Steuerähnlichkeit des Einheitsbeitrages angezeigt.[193]

7.8. 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 u.a. eine ausreichende Ausstattung mit Kassenärzten und Krankenhausbetten vorhanden ist.
Wo dies gegenwärtig oder absehbar, 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.
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 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 Beitragssatzprozente des einheitlichen Beitragssatzes, sondern die darüber aus den Regionen abgeschöpften tatsächlichen EUR-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 bestimmten Regionen überproportional Mittel zuführen. Dies ist derzeit im Bereich der Rentenversicherung jedenfalls eine Tatsache.

[193] Diese Umsatzsteuerzuflüsse in die Länder und Gemeinden müssen ihrerseits um die Umsatzsteuerabflüsse aus der dortigen Gesundheitswirtschaft bereinigt werden.

Anders als das abgeschottete System der Krankenkassen und Leistungserbringer der Gesetzlichen Krankenversicherung des SGB V wird in der sozialen Pflegeversicherung des SGB XI in dessen § 8 eine „leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung“ als gemeinsame Aufgabe von Ländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen beschrieben. Insbesondere haben die Pflegekassen nach § 12 Abs. 1 SGB XI die Aufgabe auf eine „Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen“ hinzuarbeiten. Sie sollen nach § 12 Abs. 1 SGB XI außerdem zur Entfaltung ihrer Aufgaben „öffentliche und regionale Arbeitsgemeinschaften“ bilden.

Mit diesen Vorgaben ist die Soziale Pflegeversicherung im Unterschied zu der mit den Gesundheitsfonds nun auch organisatorisch zentralisierten Gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich regional charakterisiert und bietet von daher möglicherweise die Option für eine mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 verhinderte finanzausgeglichenen Regionalisierung sowohl der Krankenkassen wie der Pflegeversicherung. In der Literatur häufen sich Untersuchungen und Vorschläge zur Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Gesundheits- und Pflegeversicherung durch „Regionalbudgets“[194] wie sie in der Vergangenheit immer wieder empfohlen und gefordert worden sind.[195]

8. Lebenslagen-Medizin gegen Gesundheits- und Pflegearmut

Das charakterische Politikmuster „Verschiebepolitik“ im Geschäftsmodell Deutschland, an dessen Ende die Pflegeversicherung vorrangig die

[194] AOK-Bundesverband: Konzept für eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung – diagnoseorientierte Vergütung von Krankenhausleistungen (im Rahmen aus regionalen Gesundheitsbudgets), Bonn, 29.07.1983 – II (o) W; Betriebskrankenkassen fordern regionales Krankenhausbudget. In: Kennzeichen BKK, Essen 1998, S. 6 – 8; Goeschel, Albrecht; Martens Rudolf: Regionales Sozialbudget: Konzept für die Kooperation von Kommunen und Sozialen Verbänden. In: George, Wolfgang; Bonow, Martin (Hrsg.): Regionales Zukunftsmanagement Band 4: Kommunale Kooperation, Lengerich 2010, S. 346 – 355, Köck, Christian; M.: Über die Liberalisierung des Marktes im Gesundheitsbereich. In: Arnold, Michael; Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankehaus-Report ´95, Stuttgart 1995, S. 59 – 79, bes. S. 73 ff.; Riedel, Wolfgang; Steinhausen, Jörg: Modellprogramm Psychiatrie – Regionales Psychiatriebudget. Hrsg. Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Stuttgart 1986 und Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin (Hrsg.): Der Quartierfonds – Ein Berliner Modell der Bürgerbeteiligung, Berlin Oktober 2004; Wordarg, Wolfgang; Kooperation statt Wettbewerb der Kassen: In: Soziale Sicherheit, Köln 12 – 2008, S. 414 - 416

[195] Mit dem Aufbau einer Zwangsversicherung im Deutschen Reich war das zuvor existierende System der selbstverwalteten Hilfskassen eliminiert worden. Die mit den Gesundheitsreformen der 1990er Jahre erfolgte Eliminierung der selbstverwalteten Regionalkassen (AOK, BKK, IKK) setzt diese autoritäre Form der Sozialversicherung fort. Göckenjahn, Gerd: Verrechtlichung und Selbstverantwortlichkeit in der Krankenversicherung: Diskussionspapier IIVG/dp/81-201. Hrsg. Wissenschaftliches Zentrum Berlin, Berlin 1981, S. 5 ff.

„Bad Bank“ der Krankenversicherung und die Pflegeversorgung der Abstellplatz der Gesundheitswirtschaft sind muss nicht als „alternativlos“ hingenommen werden.

Die Pflegeversicherung bietet von ihrer Konzipierung her vielmehr die Chance, die an der Krankenversicherung restlos abgedrängte Regionaldimension dezidiert wieder in die Sozialsicherung zurückholen Neben der Selbstverständlichkeit entsprechender Finanzausgleiche zwischen den Regionen an Stelle der monströs gewordenen Finanzausgleichs zwischen den Kassenkonzernen ist dazu ein offensiv vorgetragenes anderes Medizin-Konzept als das der in Gesetzlichen Krankenversicherung dominierenden Fachgebiete-Medizin erforderlich.

8.1. Die Ausscheidung von Bedarfsgerechtigkeit und Daseins-vorsorge aus der Gesundheitsversorgung

Bislang wurde der demokratische und soziale Bundesstaat Deutschland des Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz ausgefüllt durch die Daseinsvorsorgebereiche, die in Art. 74 Abs. 1 Grundgesetz als Gegenstände konkurrierender Gesetzgebung von Bund und Ländern aufgezählt sind. Hierzu zählen auch die Bereiche Gesundheit, speziell Krankenhausversorgung. Dementsprechend wird den Krankenkassen und den Leistungserbringern des Gesundheitswesens in § 70 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) auferlegt, den Versicherten, d.h. der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung eine „bedarfsgerechte“ und „gleichmäßige“ dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten.

„Bedarfsgerechtigkeit“ beschreibt den Leistungscharakter von Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge. Dabei ist dieser unbestimmte Rechtsbegriff immer wieder neu zu bestimmen und auszufüllen.[196] Hier sichert die bundesstaatliche Verfassung, die für die Daseinsvorsorgebereiche einen Abstimmungsprozess zwischen Bund und Ländern vorgibt, ein Minimum an Bedarfsgerechtigkeit dadurch, das sie Vielfältigkeit ermöglicht und nicht Einheitlichkeit vorschreibt. Ernst Bruckenberger hat immer wieder und so beeindruckend wie bedrückend beschrieben, wie es der Bundesebene gelungen ist, die Länder bspw. aus der Steuerung der Krankenhausversorgung abzudrängen und sich dadurch die alleinige Definitionsmacht über die „Bedarfsgerechtigkeit“ zu sichern.[197]

---

[196] Vgl. Arnold, Michael: Gibt es das: Bedarfsgerechtigkeit? In: Arnold, Michael; Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report `98, Stuttgart 1998, S. 51-58

[197] Vgl. Bruckenberger, Ernst: Krankenhaus-Planung und Planungsgrundlagen. In: Arnold, Michael und Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report `98, Stuttgart 1998, S. 93-100

Die nach § 141 Abs. 1 SGB V eingerichtete Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, beschickt durch die an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten, sollte in einer der Phasen dieses Abdrängungsprozesses der Länder dabei medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten für eine „bedarfsgerechte“ Versorgung der Versicherten erarbeiten. Ein Sachverständigenrat sollte sie unterstützen (§ 142 Abs. 2 SGB V). Aus späteren Fassungen des SGB V ist die Konzertierte Aktion verschwunden. Außerdem ist der in seiner Tätigkeit weiter verbliebene Sachverständigenrat nicht mehr wie vormals an einer „bedarfsgerechten Versorgung“ (§ 142 Abs. 2 SGB V) ausgerichtet. Der Begriff der „Bedarfsgerechtigkeit“ ist seit geraumer Zeit aus diesem Kapitel des Sozialgesetzbuches überhaupt eliminiert.

In früheren Fassungen bspw. des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes (KHG), das immerhin auch heute noch das Ziel einer „bedarfsgerechten“ Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern anstrebt war eine Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung vorgeschrieben.[198] Gleiches gilt analog für das Kassenarztrechtsweiterentwicklungsgesetz (KVWG).[199] Diese Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung werden in der Literatur zur Krankenhausbedarfsplanung und Kassenarztbedarfsplanung als gut geeignete Abbildung der räumlich und sozial unterschiedlichen Bedarfslagen der Bevölkerung hinsichtlich Gesundheitsversorgung, insbesondere auch Krankenhausversorgung und Kassenarztversorgung beschrieben.[200]

Vor allem wird in der Literatur herausgearbeitet, dass die Kriterien, Territorien und Indikatoren der Landesplanung und Raumordnung die einzige auch rechtlich befestigte Darstellung unterschiedlicher Lebenslagen und damit Bedarfslagen sind, die zugleich unabhängig von den Krankenkassen einerseits und den Krankenhäusern bzw. Kassenarztpraxen andererseits und dennoch für diese im Rahmen der Bedarfsplanung bindend sind. Ohne Rekurs auf diese Kriterien, Territorien und Indikatoren als quasi Repräsentanten der Versicherten und Patienten selbst bleibt der Bedarf in Krankenhäusern bzw. Kassenarztpraxen nur eine andere Bezeichnung für den Bestand an

[198] Vgl. § 1 und § 6 Abs. 1 Satz 4 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 20.06.1972 (BGBl. I, S. 1009)

[199] Im Gesetz zur Sicherstellung der Kassenarztversorgung ist ebenfalls eine Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung vorgeschrieben. - Vgl. Art. 1 § 1 Abs. 8, Buchst. b, Ziff. 4, Satz 2 Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts–Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.12.1975 (BGBl. I, S. 3871)

[200] Vgl. Röphe, Thomas; Lenz, Manfred: Bedarfsplanung im Gesundheitswesen. In: Informationen zur Raumentwicklung, Bonn 3/4 – 1985, S. 245-254 und Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.): Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Bd. II, Sankt Augustin 1990, S. 326-351

Krankenhausversorgung[201] bzw. Kassenarztpraxenversorgung, bleibt „Bedarfsgerechtigkeit“ nur eine andere Bezeichnung für „Bestandsgegebenheit“.[202]

In späteren Versionen des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes ist die sogenannte „Raumordnungsklausel“, d.h. die Bindung der Krankenhausplanung an die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung verschwunden, sind die Versicherten und Patienten wieder zu „Unpersonen“[203] geworden.

Manche Freunde von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb phantasieren in ihren Lobpreisungen der „Markt-Steuerung“ im Gesundheitswesen auch eine größere Patientenautonomie in einem durchgängig wettbewerblich gesteuerten System der Gesundheitsversorgung.[204] Eine geradezu schonungslose Bilanz der Stellung der Versicherten und Patienten bspw. in den Konzepten der an der Krankenhausversorgung Beteiligten bringen Neubauer und Beivers: Außer in Form von Wahltarifen und Kostenerstattungsoptionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und von Teilnahme an Hausarztmodellen existieren die Versicherten und Patienten nicht[205] - dies ist also von der verfassungsgewollten Gesundheitsversorgung, speziell Krankenhausversorgung als öffentlicher Daseinsvorsorge nach Maßgabe einer politisch zu gestaltenden „Bedarfsgerechtigkeit“ geworden: Wahltarife bei der Gesundheitskasse.

Die im Zuge der letzten Gesundheitsreformen unter den §§ 140 f und 140 h SGB V eingeführten Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten sowie einer oder eines Patientenbeauftragten betreffen

---

[201] Vgl. Röphe, Thomas; Lenz, Manfred: A.a.O., S. 245 ff. u. S. 247 ff. Die höchstrichterliche Rechtssprechung zum “Bedarf” in der Krankenhausplanung definiert in genau dieser zirkulären Weise den Bedarf als den tatsächlich zu versorgenden Bedarf, d.h. als Ergebnis der Summe der Verordnungen und Abrechnungen von Krankenhausbehandlung durch Ärzte bzw. Krankenkassen – Vgl. Bruckenberger, Ernst: A.a.O., S. 95

[202] Der von den Freunden von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb gegen die Krankenhausversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge erhobene Dauervorwurf der Produktion von „Überkapazitäten“ beschreibt das Phänomen der Bestandsableitung des Bedarfs zwar in der Tendenz richtig, erklärt es aber vom System her falsch. – Vgl. Arnold, Michael: Gibt es das: Bedarfsgerechtigkeit? In: Arnold, Michael; Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus- Report’98, Stuttgart 1998, S. 51-58; Neubauer, Günter: Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart 2003, S. 71-91 und ders.: Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Stuttgart 2004, S. 101-120

[203] Vgl. Röphe, Thomas, Lenz, Manfred: A.a.O., S. 247

[204] Durchaus skeptisch hierzu Arnold, Michael; Geisbe, Heinrich: Der Patient im Wettbewerb der Krankenhäuser. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart 2003, S. 55-70 und ders.: Das Krankenhaus der Zukunft unter krankenhausfeindlichen Bedingungen. In: Das Krankenhaus, 5/1998, S. 252-256

[205] Vgl. Neubauer, Günther und Beivers, Andreas: Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion. In: Klauber et al.(Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S. 63-80

mehrheitlich Fragen des Leistungsrechts im engeren Sinn und sind außerdem auf eine unbestimmte „Beteiligung“ beschränkt. Irgendeine Bedeutung für die politische Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge nach dem Grundsatz der „Bedarfsgerechtigkeit“ haben diese Interessenvertretungen und Beauftragten jedoch nicht.

Als weitere Abart entpolitisierter und damit auch demokratiearmer Ersatzformen von „Bedarfsgerechtigkeit“ ist die „Qualitätssicherung“ zu betrachten. Unabhängig davon dass sie zwar bei den Freunden von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb hoch im Kurs steht, wird sie von diesen aber zugleich auch als noch reichlich unklar bezweifelt. In jedem Falle sind die gesundheitlichen und gesellschaftlichen, d.h. politischen Interessen der Bürger und Steuerzahler, der Versicherten und Beitragszahler, der Patientinnen und Patienten etc. in dieser „Qualitätssicherung“ allenfalls virtuell enthalten. Dabei schließen sich Qualitätssicherung und Anbieterwettbewerb auf weite Strecken aus.[206]

Im Unterschied zur „Bedarfsgerechtigkeit“, eine im politischen Verfahren des demokratischen und sozialen Bundesstaates als unbestimmter Rechtsbegriff stets neu auszufüllende Maxime der Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge ist die „Beitragssatzstabilität“ durch die zeitlich und sachlich eindeutig bestimmte „Veränderungsrate“ des Budgets der politischen Gestaltung weitgehend entzogen (§ 71 Abs. 3 SGB V).

Damit ist die „Bedarfsgerechtigkeit“ nur noch das, was das von der „Beitragssatzstabilität“ und ihrer „Veränderungsrate“ umschriebene Finanzvolumen zulässt. Über die Ankoppelung dieser Veränderungsrate an die „beitragspflichtigen Einnahmen“ aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V) ist damit die Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge an die Verteilungsentwicklung des Volkseinkommens zwischen Kapitaleinkommen und Einkommen aus unselbständiger Arbeit gekoppelt: Sinken oder stagnieren Einkommen aus unselbständiger Arbeit und damit die wesentlichen Kasseneinnahmen, sinkt oder stagniert der Spielraum für eine „bedarfsgerechte Versorgung“ mit Gesundheitsleistungen. Die Gesundheitsversorgung selbst ist kein autonomer Faktor für die Verteilung des Volkseinkommens zwischen Kapital und Arbeit mehr.

---

[206] Vgl. Robra, Bernt-Peter: Qualitätstransparenz – von der Ebene der Individualmedizin zur Ebene des Gesundheitswesens. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart 2005, S. 3-15; Hildebrand, Rolf: Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute. In: Klauber et al. (Hrsg.): Ebda., S. 27-46 und Leber, Wulf-Dietrich: Qualitätssicherung in einem wettbewerblichen Umfeld. In: Klauber et al. (Hrsg.): Ebda., S. 163-177

Wirtschaftspolitisch ist diese prozyklische Anbindung sozialer Realtransfers von der enormen Größenordnung der Gesundheitsleistungen an die nationalen, europäischen und internationalen Boom- und Krisenabläufe und die besonders hohe Exportabhängigkeit der deutschen Wirtschaft[207] schädlich und daher falsch.[208] Verfassungspolitisch stellt diese „technische“ Ankoppelung der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge an die von der Entwicklung der Kapitaleinkommen übriggelassenen Einkommen aus unselbständiger Arbeit zweifellos einen Verstoß gegen die Verfassung dar.

8.2. Die Wiederauferstehung der Unperson „Versicherter“ in Gestalt eines „Patientenbeauftragten“

Es wurde bereits beschrieben, wie mit der Ausscheidung der „Bedarfsgerechtigkeit“ der Gesundheitsversorgung und damit der Eliminierung ihres Charakters als auch räumlich gleichmäßige Daseinsvorsorge auch gleich ihr Substrat, die Belange der Bürger, Steuerzahler, Versicherten, Patienten etc. als Maßstab solidarisch finanzierter Gesundheitsversorgung eliminiert worden sind.

In der neuesten Fassung des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sind dafür jetzt, an 140. Stelle von insgesamt 315 Artikeln sogenannte „Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten“ (Art. 140 f SGB V) und „Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten“ (Art. 140 h SGB V) installiert worden. Unter der Hand hat sich damit der finanzielle Souverän der Solidarsicherung der Gesundheitsversorgung, der Beitragszahler, im Bereich der dualen Finanzierung auch in der Doppelrolle des Beitrags- **und** Steuerzahlers zum subalternen Leistungsempfänger verwandelt, der Fürsprecher in Gestalt von „Interessenvertretungen“ und „Beauftragten“ braucht. Deren Kompetenz wiederum beschränkt sich auf ein dürftiges „Mitberatungsrecht“ (Art. 140 f Abs.2 SGB V) bzw. (Art. 140 h Abs. 2 SGB V), stellt also angesichts der gewaltigen Apparatur von Gesundheitsfonds, Krankenkassen, Leistungsanbietern, Gemeinsamen Ausschüssen, Verbänden etc., ein „Nichts“ dar.

---

[207] Vgl. Goeschel, Albrecht: Exportwettlauf in die Armutsfalle: Das Wachstumswunder und seine Folgen für die soziale Lage und das politische Bewusstsein in Nordrhein-Westfalen. In: Sozialverband VdK- Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Große Koalition“ – Enkelkinder und Großeltern gegen Bildungskrise und Altersarmut, Düsseldorf 2008, S. 63-80

[208] Wirtschaftspolitisch ebenso verfehlt ist auch die seit dem Verzicht auf die Vermögenssteuer als Ländersteuer verstärkte Absenkung der öffentlichen Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich. Hierdurch wird die dienstleistungsbezogene Investitionsquote verringert. – Vgl. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.): Arme Länder sparen bei Krankenhäusern - Vermögenssteuer ausgesetzt – Krankenhausinvestitionen gekürzt. Berlin o.J. und Flassbeck, Heiner; Spiecker, Friederike: Das Ende der Massenarbeitslosigkeit, Frankfurt a. Main 2007, S. 207 ff.

8.3. Lebenslagen als Kriterium der Qualität und Wirtschaftlichkeit

Der Niedergang der „Bedarfsgerechtigkeit“ als Kriterium einer Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge und mit ihr des Beitragszahlers und Steuerzahlers als Souverän dieser Daseinsvorsorge wurde beschrieben. Auch die Wiederauferstehung dieses Souveräns als subalterner Leistungsempfänger wurde beschrieben. Es fehlt noch eine Anmerkung zu einer Neugeburt, die gewisse Hoffnungen erweckt.

In Artikel 139 a Abs. 1 Ziff. 2 SGB V wird als ein Tätigkeitsgebiet des neuen Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Erstellung von Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen festgelegt. Bei diesen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen sollen **„alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifische Besonderheiten“** berücksichtigt werden.

Unabhängig davon, dass es sich auch hier etwa im Vergleich zu der beinharten und allesbeherrschenden Vorgabe der „Beitragssatzstabilität“ um eine schwache und beliebig auslegbare Vorgabe handelt, stellen die hier erstmals im SGB V als Kriterium für die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung genannten Lebenslagen-Besonderheiten ein Novum dar. Nunmehr ist nicht mehr nur die medizinische Eigenlogik für die Beurteilung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der überwiegend medizinisch-ärztlichen Leistungen der Gesetzlichen Kranken-versicherung maßgeblich, sondern sozusagen als Gegenpol sind dies auch Lebenslagen und zusätzlich Alter und Geschlecht.

8.4. Sozialmedizin, Life-event-Medizin und Sozialepidemiologie als Theoriebasis von Lebenslagenmedizin

Während die vorherrschende Fachgebiete- und Erkrankungsartenmedizin auf einem individualmedizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigma aufruht und Symptome, Organe, Systeme und Prozesse betrachtet, erklärt und behandelt, hat die Lebenslagenmedizin eine andere Basis.

Diese findet sie zunächst in der Sozialmedizin. Hierzu schreiben Schäfer und Blohmke in ihrem Standardwerk: „Der Gegenstand der Sozialmedizin ist die Wechselwirkung zwischen Krankheit (bzw. Gesundheit) und Gesellschaft in beiden Richtungen, also die Erforschung der mit individualmedizinischen Methoden nicht angehbaren Ätiologien der Krankheiten, insbesondere gesellschaftlicher Natur; andererseits die Rückwirkung des Phänomens Krankheit auf die

Gesellschaft insbesondere in ökonomischer Hinsicht ... Die Bedeutung der Sozialmedizin besteht vor allem darin, dass sie das Phänomen Krankheit insbesondere dort untersucht, wo die klinisch-kurative, individuell vorgehende Medizin ihrer Natur und Methode nach versagt.“[209]

Goeschel stellt demgegenüber nicht die individualmedizinische einer sozialmedizinischen Konzeption gegenüber sondern sieht beide Konzeptionen und ihren Gegenstand in individualisierten, zugleich sozialpräformierten Biographien, Biografie-Brüchen und assoziierten Befindlichkeiten und Erkrankungen verwoben. Er schreibt: „In den entwickelten Marktwirtschaften gilt eine stetig fortschreitende Individualisierung der Gesellschaft. Die Monetarisierung aller Lebenszusammenhänge, die Professionalisierung aller, auch der abhängigen Beschäftigungen und Erwerbstätigkeiten, und die gleichzeitige Normierung und Institutionalisierung aller wesentlichen Lebensbereiche und Lebensabschnitte führen zur Herausbildung und zur Wahrnehmung, vor allem aber zum Erleben „individueller Biographien“. Für die Gesundheitsversorgung und die für die medizinische Behandlung sind diese Individualisierung und Biographisierung von höchster Wichtigkeit.

Medizinische Behandlung wird zunehmend weniger nur durch die Entwicklung der Fachgebietemedizin oder auch nur durch Ausrichtung auf eine bestimmte Erkrankungsartenmedizin bestimmt, sondern wird sich im zunehmenden Maße an typischen Lebenslagen, an gravierenden Lebensereignissen und an komplementären Begleiterkrankungen und deren optimaler Behandlung orientieren. Vereinfacht gesagt: Auf Fachgebietemedizin folgte die Erkrankungsartenmedizin und auf diese beiden folgt die Lebensereignismedizin.

Diese „Individualisierung“ und diese „Biographisierung“ des Erkrankungsparadigmas beschreiben die Aufgabenfelder einer zukünftigen Medizin. Sie bieten zugleich auch eine tragfähige materiell-ökonomische und auch ethische Grundlage für die Gesundheitsaufwendungen der Familien wie der Einzelnen außerhalb von bzw. zusätzlich zu den Beitragszahlungen und Behandlungsleistungen der Krankenversicherung. Es gibt typische „Biographische Brüche“, die im Verständnis der Lebensereignismedizin sozusagen die

[209] Schäfer, H.; Blohmke, M.: Sozialmedizin, Stuttgart 1972, S. 1-2

Kristallisierungskerne von Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungserscheinungen sind.“[210]

Bei einem dritten, meist als sozialepidemiologisch bezeichneten Ansatz werden empirisch-statistisch mehr oder minder zuverlässige Zuordnungen von sozialer Lage bzw. sozialen Unterschieden und Häufigkeiten von Morbiditäten und Mortalitäten angestrebt.[211]

Allerdings ist das Konzept der „Sozialepidemiologie“ wesentlich anspruchsvoller, als seine Realisierung etwa in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Siegrist schreibt hierzu: „...Sozialepidemiologie stellt keine eigenständige wissenschaftliche Disziplin dar, sondern ist Ergebnis einer interdisziplinären Zusammenarbeit, welche sozial- (und verhaltens-) wissenschaftliches, biomedizinisches und epidemiologisch-statistisches Wissen auf innovative Weise vernetzt. Wie häufig in der Geschichte wissenschaftlichen Fortschritts wird neues Wissen durch Kombination und Verknüpfung von bisher disziplinär getrennt entwickelten Erkenntnissen erzeugt. Im vorliegenden Fall geht es in erster Linie um Erkenntnisse, welche jene Einflüsse auf menschliche Gesundheit und Krankheit betreffen, die sich aus der gesellschaftlichen Umwelt, aus dem Vergesellschaftetsein von Menschen herleiten. Solche Erkenntnisse sollen helfen, bisher bestehende Erklärungsdefizite und Erkenntnislücken in den biomedizinisch-physikalisch ausgerichteten Krankheitsmodellen aufzuhellen bzw. aufzufüllen. Erkenntnisprogramm einer im weitesten Sinne ätiologisch ausgerichteten Sozialepidemiologie ist es, fundierte Beiträge zu einer integrierten, biopsychosoziale Informationen kombinierenden Theorie menschlicher Gesundheit und Krankheit zu liefern. Implizit wird dabei letztlich der Anspruch erhoben, Gehirn und Bewusstsein, neurobiologisch registrierbare Informationsverarbeitung und subjektives Erleben in einem analytisch integrativen Ansatz zu erfassen. Allerdings stimmen nicht alle in der Sozialepidemiologie tätigen Forscher diesem Erkenntnisprogramm zu. Zumindest vereinzelt wird der Anspruch geltend gemacht, Aufgabe der Sozialepidemiologie sei es, die Unvereinbarkeit und Verschiedenartigkeit von subjektiv erlebter, sozial konstruierter Wirklichkeit und von biomedizinisch, physikalisch-chemisch erfassbarer Realität herauszustellen. Wissenschaftstheoretisch wird die Eigenständigkeit dieser Position durch Berufung auf hermeneutisch-interpretative Verfahren artikuliert (Lupton

[210] Vgl. Goeschel, Albrecht: Männerheilkundliche Therapiekonzepte und Klinikprojekte für 187 Millionen Männer in Europa. In: Sozialverband VdK-Bayern (Hrsg.): Ältere Männer in Europa: Eine medizinisch benachteiligte und sozial übergangene Minderheit, München 2000, S. 42-58

[211] Vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland, Berlin, Juli 2006 S. 84

2000). Auch sollte an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass sich der Anwendungsbereich der Sozialepidemiologie nicht auf das ätiologische Erkenntnisprogramm beschränkt. Ihre Erkenntnisse sind darüber hinaus in der Versorgungsforschung, der klinischen Epidemiologie, einschließlich der Evaluations- und Qualitätsforschung, von Bedeutung (Badura & Siegrist 1999, Patrick & Erickson 1993). Ihre wissenschaftliche Feuerprobe muss diese Arbeitsrichtung allerdings, und erst recht im Zeitalter expandierender molekularer Medizin in ihrem genuin ätiologisch ausgerichteten Erkenntnisprogramm bestehen."[212]

Neben einer gegenüber der Individualmedizin sich abgrenzenden Sozialmedizin, einer soziale und individuelle Faktoren in biografischen Übergängen und Krisen vermittelnden Lebensereignismedizin und einer Soziallagenepidemiologie gibt es zuletzt noch eine Regionalökologie als Grundlage für die Lebenslagenmedizin. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schreibt hierzu: „Empirische Studien über statusspezifische Unterschiede in der Mortalität beruhen z.T. auf einem „ökologischen Design". Dabei wird ein regionaler Vergleich durchgeführt, d.h. Angaben zur durchschnittlichen Mortalität in einer Region werden mit Werten und Angaben zur sozialökonomischen Struktur der Region verglichen."[213]

Eine avancierte Sozialepidemiologie geht einen ähnlichen Weg wie den von Goeschel empfohlenen, nur nicht von den Biographien sondern von den Sozialbeziehungen aus. Borgers und Abholz schreiben: „... der Zusammenhang von ökonomischer Entwicklung und Gesundheit (ist) nicht naturgesetzlich, sondern durch andere Faktoren, die über die rein materiell-ökonomische Ausstattung hinausgehen, maßgeblich co-determiniert. Diese anderen Faktoren – wie soziale Organisation, Sozialpolitik, kulturelle Gegebenheiten usw. – sind in signifikanter Weise mit der Gesundheit verbunden und können solche Unterschiede erklären helfen."[214]

8.5. Lebenslauf und Regionalebene als Krankheitsdimension

Siegrist vertieft die schon angesprochenen Konzeptionen für eine Lebenslagenmedizin in zwei Richtungen. Er stellt einmal die wichtigen Rolle biographischer Verläufe heraus, zum anderen stellt er die Bedeutung heraus, die sozialökologischen Umwelten, soziale Milieus,

---

[212] Vgl. Siegrist, Johannes: Zukünftige Aufgaben der Sozial-Epidemiologie. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie, Weinheim und München 2001, S. 358-359

[213] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen-Gutachten 2005, Internetversion, S. 115

[214] Vgl. Borgers, Dieter; Abholz, Heinz-Harald: Welches Kapital ist gut für die Gesundheit? Entfremdung und materielle Ressourcen als Determinanten von Gesundheit. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie, Weinheim und München 2001, S. 378

d.h. regionale Gegebenheiten als eigenständige Größe für die Gesundheit der in ihnen lebenden Personen haben. Siegrist bemerkt hierzu: „... besteht eine dringende Notwendigkeit, die Dimension sozialer Ungleichheiten im Lebenslauf und ihre kurz- und längerfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit besser zu verstehen. Zu lange hat sich (die Forschung) mit statischen Konzepten und mit Querschnittsstudien, bestenfalls mit ... Längsschnittstudien zufrieden gegeben ...“.[215] Siegrist bemerkt weiter: „Üben sozialökologische Umwelten oder soziale Milieus einen eigenständigen, kontextuell fassbaren Einfluss auf die differentielle Morbidität der in ihnen lebenden Personen aus, oder ist dieser Einfluss identisch mit der Summe der von Einzelpersonen ausgehenden Effekte?“[216] Nachfolgend werden diese beiden Dimensionen besondere Aufmerksamkeit finden.

8.6. Regionaldimension von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung

Sozialmedizin und Sozialepidemiologie, auch wenn sie auf Lebenslauf und Regionalgegebenheiten konzentriert sind, übersehen systematisch die ökonomischen und institutionellen Verfasstheiten von Lebensläufen und Regionalgegebenheiten im System der sozialen Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung. Diese Verfasstheiten können in einem Kapitelspektrum erfasst werden, dass ein früher Aufsatz zu diesem Thema beinhaltet. Goeschel beschreibt darin „Regionale Aspekte der Gesundheitslage, der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung.“

Übersicht: Regionale Aspekte der Gesundheitslage, der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung

Eine Fülle von Studien untersucht die unterschiedliche Höhe der Umweltbelastungen bezogen auf die sozialen Statusgruppen. [217] Hier werden in der Literatur die sozialspezifischen Verteilungen folgender Schadstoffe erörtert

- Schadstoffe in der Außenluft
- Verkehrslärm
- Schadstoffe in Innenräumen[218]
- Schadstoffe im Verkehrsmittelinneren[219].

[215] Vgl. Siegrist, Johannes: A.a.O., S. 360
[216] Vgl. Siegrist, Johannes: A.a.O., S. 360
[217] Vgl. Heinrich , Joachim: Exposition durch Umweltschadstoffe im Wohnumfeld und im Innenraum. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 157-174
[218] Vgl. ebda.
[219] Vgl. ebda.

Übersicht:

Regionale Aspekte der Gesundheitslage, der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung

1. Regionale Differenzierung der Gesundheitsrisiken
1.1. Pflegebedarf wächst vor allem im Umland
1.2. Sozial- und Präventivmedizin wird vor allem in den Ballungsräumen benötigt

2. Regionale Überkapazitäten und Ausstattungsdefizite in der Gesundheitsinfrastruktur
2.1. Versorgungsmängel im Umland und Vollversorgung im Voralpenland
2.2. Prävention zu wenig umweltorientiert und Selbsthilfe eine Großstadterscheinung

3. Regionale Bedarfsplanung mit Mängeln

4. Regionale Produktions- und Investitionsstrukturen der Gesundheitswirtschaft
4.1. Ärzte und Zahnärzte investieren vor allem in den Mittelstädten
4.2. Kassenfinanzen stützen schwache Arbeitsmarktregionen

5. Regionale Finanzierungsdisparitäten in der sozialen Krankenversicherung
5.1. Regionale Strukturunterschiede zeigen sich vorrangig bei den regional finanzierten Krankenkassen
5.2. Selbstfinanzierung der Krankenkassen könnte verbessert werden

6. Regionalorientierte Krankenkassenpolitik

7. Krankenversicherungsorientierte Raumordnungspolitik

Quelle: Goeschel, Albrecht: Regionale Aspekte der Gesundheitslage, der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung. In: Die Sozialversicherung, Frankfurt am Main, August 1987, S. 212-216

Darüber hinaus gibt es aber auch Untersuchungen, die weit über die Umweltbelastungen im Wohnumfeld hinaus auch die Wohnverhältnisse im weiteren Sinne als Faktor der Gesundheitslage beschreiben.[220] In Deutschland ist eine einzige Studie bekannt, die den Zusammenhang von Krankenkassenzugehörigkeit, Morbidität und Wohnstandort zum Thema macht.[221]

Nachfolgend werden die wichtigsten Gesundheitsbedingungen einer Lebenslagenmedizin dargestellt.

8.6.1. Gesundheitsbedingung Migrationshintergrund

Soweit das Migrationsthema in Gesundheitszusammenhängen diskutiert wird, steht meist die Frage nach einer Höherbelastung der Migrationsbevölkerung und nach einer Fehlversorgung der Migrationsbevölkerung im Vordergrund. Vorausgehen sollte aber aus lebenslagenbezogener Sicht die Frage nach dem Beitrag der Migrationsbevölkerung zum System der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung. Erst vor diesem Hintergrund kann dann die gesundheitliche Versorgungsqualität der Migrationspopulation angemessen beurteilt werden. Vor allem die eher prekären Regionalkassen haben in der Vergangenheit von der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer und ihrer Versicherung bei diesen Regionalkassen „profitiert“.[222]

Weit über den Kreis der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten und ihrer Familien hinaus stellt sich mittlerweile die Frage nach den besonderen gesundheitlichen Gegebenheiten bei dem mittlerweile etwa 30 Prozent Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland.[223] Dies auch, weil es bis heute kaum migrantengerechte Versorgungsangebote des Gesundheitswesens gibt.[224] Die Ergebnisse und Untersuchungen zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten in Deutschland sind nachfolgend zusammengestellt:

---

[220] Vgl. Goeschel, Albrecht: Wohnungswesen, Gesundheitsverhältnisse und Krankenversicherung. In: Wohnungswirtschaft und Mietrecht, 9/1985, S. 271-274 und Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen – Gutachten 2005, Bonn 2005, S. 172-174

[221] Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Umwelt- und Gesundheitsbericht der AOK Braunschweig, Marquartstein 1990

[222] Vgl. Goeschel, Albrecht: Ausländische Mitglieder in der sozialen Krankenversicherung: Unerlässlich für die Finanzierung der Regionalkassen? In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Gesundheitsversorgung – Ohne Ausländer noch gesichert?, München 1992, S. 42-45

[223] Vgl. Krones Tanja: Nationalität, Migration und Gesundheitszustand. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 95-106

[224] Vgl. ebda.

Übersicht: Zentrale Forschungsergebnisse zur gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten

Insbesondere bei den älteren Migranten kumulieren dann erhöhte Belastungen und ungeeignete Versorgungsangebote. Sie leiden im Durchschnitt zehn Jahre früher als Deutsche an chronischen Krankheiten und weisen dementsprechend früher erhöhte Frühberentungsraten auf. Nicht abschließend geklärt ist, ob es sich hier nicht, zumindest bei den Arbeitsmigranten, vor allem um eine Häufung von, auch für Deutsche ähnlicher Schichtzugehörigkeit geltenden Risiken handelt.[225]

8.6.2. Gesundheitsbedingung Sozialschicht

In der Literatur wurde bis zu den neueren Gesundheitsreformen mit ihrer Aufhebung der unterschiedlichen Zuordnung von Arbeitern bzw. Angestellten zu unterschiedlichen Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsarten auf die selbst „schichtbildende“ oder zumindest „schichtabbildende“ Rolle von Krankenversicherung, Rentenversicherung und Gesundheitsversorgung hingewiesen.[226] Trotz mittlerweile eröffneter Wahlfreiheit bei der Krankenversicherung wurde die schlichtungsverstärkende Trennung zwischen Privatversicherungsberechtigten und Sozialversicherungspflichtigen nicht aufgehoben.[227]

Umgekehrt belegen eine Fülle qualitativ sehr unterschiedlicher, aber ergebnisgleicher Untersuchungen einen positiven Zusammenhang von abnehmendem Sozialschichtniveau und zunehmenden Morbiditäts- und Mortalitätshäufigkeiten.[228] Für Deutschland ergeben sich die nachfolgend dargestellten Zusammenhänge.

---

[225] Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Kooperation und Verantwortung, Gutachten 2007, Internetversion, S. 698 ff.

[226] Vgl. u.a. Brunkhorst, Johann: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihren Ausgleich in der Sozialversicherung, Berlin 1987, S. 41 ff., bes. S. 534

[227] Vgl. Lauterbach, Karl: Der Zweiklassenstaat, Berlin 2007, S. 85ff. und S. 89 ff. und ähnlich Sauga, Michael: Wer arbeitet, ist der Dumme – Die Ausbeutung der Mittelschicht, München 2007, S. 32 ff.

[228] Vgl. u.a. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Bonn – Internetversion, S. 124 und 132 ff.

Übersicht:

Zentrale Forschungsergebnisse zur gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten

Belegung des Healthy Migrant Effekts
Gesamtmortalität der Ausländer geringer

Abnahme des Healthy Migrant Effekts / Soziale Ungleichheit als ätiologischer Faktor
Differenz der Prävalenzraten von subjektiven Gesundheitsparametern zwischen Deutschen und Ausländern verringert sich 1984-1992

Migration als ätiologischer Faktor
Zu Beginn der Migration depressive Anpassungsreaktion, die sich in psychosomatische Beschwerden wandelt

Nationalitätsspezifische Unterschiede
Migrantinnen und Migranten haben ein differentes Arbeitslosigkeits/Morbiditätsrisiko, Türken > Italiener > Spanier; Inzidenzrate psychischer Erkrankungen v.a. bei Jugoslawen und Türkinnen hoch, bei Italienerinnen niedrig

Gesundheitliche Lage ausländischer Kinder
Höhere kindliche Morbidität bei ausländischen Erstgebärenden der unteren und mittleren Schicht, geringere Frühgeburtsrate der Mehrgebärenden

Geschlechtsspezifische Unterschiede / Gesundheitliche Situation der ausländischen Frauen
Anzahl der AU-Tage ausl. Arbeitnehmer insgesamt höher, v.a. bei jungen erwachsenen Frauen hohes Risiko

Flüchtlinge und Asylbewerber
Hohe Rate an akuten Erkrankungen, 4 Prozent Foltereinwirkungen

Quelle: Krones, Tanja: Nationalität, Migration und Gesundheitszustand. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie, Weinheim und München 2001, S. 97-98

Übersicht: Empirische Ergebnisse zum statistischen Zusammenhang von SES und Morbidität

8.6.3. Gesundheitsbedingung Einkommen und Einkommensarmut

Im sozialmedizinischen Diskurs ist das Thema „Armut und Gesundheit“ so lange wie folgenlos etabliert.[229] Die wesentliche Botschaften dieses Diskurses sind die Ungleichverteilung der Ressourcen der Gesundheitsversorgung auf die verschiedenen Einkommensgruppen und hierbei die besondere Benachteiligung Einkommensarmer bzw. umgekehrt die schlechteren Gesundheitszustände der unteren Einkommensgruppen und vor allem der Einkommensarmen.

Dies alles ist vielfach berichtet und gipfelt in der Daueraussage: „Je geringer das Einkommen ist, desto schlechter ist die Gesundheit und desto geringer ist die Lebenserwartung.“[230]

Eine beliebte Variante, um die Bedeutung der sozioökonomischen Verteilungsverhältnisse für die Gesundheitsunterschiede zu neutralisieren ist das Selektionsargument: Krankheit macht arm statt Armut macht krank.[231] Dieses Argument erledigt sich im Bereich der Kinderarmut sehr schnell, weil Kinder ob krank oder gesund durch diese Eigenschaften keine Beeinträchtigung auf dem Arbeitsmarkt erfahren können. Gleichwohl gibt es sicherlich auch armutsverursachte Rückwirkungen von Krankheit.

Politische Aufmerksamkeit findet der Zusammenhang von Armut und Gesundheit recht schnell dann, wenn aus den Strukturen und Prozessen des Krankenversicherungs- und Gesundheitsversorgungssystems eine Verursachung von Armut abgeleitet wird. Ein Exempel hierfür sind die Veröffentlichungen der Paritätischen Forschungsstelle zur Armutsverschärfung durch Defizite in der ambulanten und stationären pädiatrischen Versorgung[232] und zur Funktion des Gesundheitsfonds für die Verschärfung regionaler Disparitäten.[233]

---

[229] Vgl. hierzu die bald schon „ewigen“ Kongresse „Armut und Gesundheit“ in Berlin seit 1994

[230] Vgl. Heinzel-Gutenbrunner, Monika: Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 39

[231] Vgl. ebda., S. 41

[232] Vgl. Paritätische Forschungsstelle (Hrsg.): Gesundheitsarmut bei Kindern am Beispiel Bayern und Reaktionen der Politik, Berlin 9. Oktober 2008

[233] Vgl. Paritätische Forschungsstelle (Hrsg.): Gesundheitsfonds macht Regionen arm, Berlin 31. Dezember 2008

Übersicht

Empirische Ergebnisse zum statistischen Zusammenhang von SES und Morbidität

Zusammenhang von SES und Morbidität I: **Überproportional hohe Morbidität bei einem niedrigen SES** - Allgemeiner Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen - Allgemeiner Gesundheitszustand bei Erwachsenen - Herz-Kreislauf-Krankheiten - Diabetes mellitus - Magen-/Darmkrebs, Lungenkrebs, Nieren-/ Blasenkrebs, Leukämie und maligne Lymphome - Krankheiten des Magens - Zahngesundheit - Evtl. Bronchitis (bei Erwachsenen) - Bandscheibenschäden, rheumatische Krankheiten, Gicht - Unfälle (bei Kindern) - Psychische Morbidität sowie Multimorbidität	**Zusammenhang von SES und Morbidität II:** **Überproportional hohe Morbidität bei einem hohen SES** - Allergien (bei Kindern und Erwachsenen) - „Pseudokrupp“ (bei Kindern) - Evtl. Bronchitis (bei Kindern) - Einige Hautkrankheiten, z.B. Neurodermitis (bei Kindern) - Eingeschränktes Sehvermögen (Kurz-/ Weitsichtigkeit)
Zusammenhang von SES und Morbidität III: **Höhere Schweregrade bei einem niedrigen SES** Asthma (bei Kindern) Unfälle (bei Kindern)	**Kein mit Hilfe von Ergebnissen aus Deutschland gesicherter Zusammenhang:** Bei anderen Krankheiten, weil statistische Zusammenhänge mit dem SES nicht untersucht wurden oder nicht existieren.

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen -Gutachten 2005, Bonn Internetversion, S. 159

8.6.4. Gesundheitsbedingung Berufsstellung

Mehr noch als im Falle der Sozialschicht gibt es zwischen Berufsstellung und Gesundheitslage eigentümliche Wechselbeziehungen. Bis zur Einführung der sogenannten „Wahlfreiheit“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Zuweisung zu unterschiedlichen Kassenarten: Angestellten-Krankenkassen wie bspw. DAK einerseits – Arbeiterkrankenkassen wie bspw. AOK andererseits, von der Berufsstellung bedingt.

Wegen der dabei bei den Arbeiter-Krankenkassen tendenziell höheren Beitragssätze und weniger komfortablen Betreuung im Gesundheitswesen befestigte die Art und Weise der Gesundheitsversorgung auch den Verbleib in der Arbeiterberufsstellung bzw. forcierte dieses anhaltende Demütigungspotential den Aufstiegswunsch in die Angestelltenposition. Vor diesem Hintergrund wirkt die übliche Verknüpfung von Berufsstatus und Gesundheit über die Faktoren physikalisch-chemische Noxen, Anforderungen, Einflusschancen und Belohnungsstrukturen vergleichsweise „mechanisch“.[234]

Allgemein lautet das Ergebnis der Forschung zu Berufsstatus und Gesundheit: „In allen ökonomisch entwickelten Ländern steigen mit sinkendem beruflichen Status die Morbiditäts- und Mortalitätsraten ...“[235]

Ein wichtiger Aspekt ist dabei die zusätzlich zur Berufsstatusdimension hinzukommende Berufsstabilitätsdimension: Die auch in höheren Berufsstatusgruppen zunehmende Kurz- und Teilzeithaftigkeit oder teilweise auch Scheinselbstständigkeit von Erwerbstätigkeit wird als deutlich ungünstige Gesundheitsbedingung betrachtet.[236]

8.6.5. Gesundheitsbedingung Familienarbeit und Erwerbsarbeit

Im System der sozial versicherten Gesundheitsversorgung war das „Normalarbeitsverhältnis“ meist männlicher, vollzeitlicher, ganzjähriger und langdauernder Erwerbsarbeit der Sicherungskern, die nichterwerbstätigen Familienmitglieder waren mitversichert, die nichtmehrerwerbstätigen Älteren rentnerkrankenversichert.

Dem entspricht, dass die gesundheitlichen Belastungen der Erwerbsarbeit sehr viel mehr im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit standen

[234] Vgl. Peter, Richard: Berufsstatus und Gesundheit. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O.,
S. 28 ff.
[235] Vgl. ebda., S. 28
[236] Vgl. ebda., S. 34

als die gesundheitlichen Belastungen der Familienarbeit. Dies hat sich, teilweise auf dem Umweg über die Genderdiskussion geändert.[237] Vor allem wird das bisher auf Männer konzentrierte Job-Modell von Arbeitsbelastungen und das vorwiegend auf Frauen ausgerichtete Gender-Modell von Arbeits- und Familienbelastungen als ungenügend kritisiert.[238] Angemessener ist schon die Annahme eines „doppelten Lebensentwurfes“ bei berufstätigen Eltern.[239] Dabei werden nicht nur die doppelten Belastungen, sondern auch die verdoppelten Selbstverwirklichungsmöglichkeiten gesehen.[240]

In diesem Sinne „nach beiden Seiten“ sind dann in der Erwerbsarbeit zu beachten:

- physische und psychische Belastungsfaktoren
- belastende und entlastende Einflussfaktoren
- Anforderungen und Belastungen in der Arbeit.[241]

In der Haus- und Familienarbeit fehlen bislang derartige Dimensionen der Betrachtung.[242]
Bei einer simultanen Betrachtung der Belastungen durch das Mischungsverhältnis von Familienleben und Erwerbsarbeit tauchen zusätzlich Anforderung aus der Koordinierung einerseits sowie aus der geschlechtsspezifischen Aufgabenverteilung innerhalb der einzelnen Familienarbeits- und Erwerbsarbeitsaggregate andererseits auf. [243]
Spätestens seit der Zunahme von Pflegebedürftigkeit ist körperlich-seelische Schwerstarbeit in die Haus- und Familienarbeit zurückgekehrt. Damit werden Erwerbs- und Familienarbeit von ihrem physisch-psychischen Gehalt her angenähert.

Durch die Bezuschussung von Haus- und Familienarbeit für bestimmte Zwecke (Kinderbetreuung, Pflegebetreuung) nähern sich Erwerbsarbeit und Haus- und Familienarbeit auch in ihrer ökonomischen Zweckhaftigkeit wieder aneinander an. Sie können also beide mit den gleichen Ansätzen und Fragestellungen untersucht werden.

---

[237] Vgl. Resch, Marianne: Der Einfluss von Familien- und Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Berlin 2002, S. 403-418
[238] Vgl. ebda., S. 404
[239] Vgl. ebda., S. 404
[240] Vgl. ebda., S. 404
[241] Vgl. ebda., S. 405 ff.
[242] Vgl. ebda., S. 410 ff.
[243] Vgl. ebda., S. 412 ff.

Hier werden nur die psychologischen Belastungen und psychosozialen Unterstützungen am „Arbeitsplatz“ angesprochen. Hier werden meist drei unterschiedliche Modelle verfolgt:

- **Anforderungs-/Kontrollmodell**:
  Hohe Anforderungen bei niedriger Kontrollmöglichkeit
- **Handlungsmodell:**
  Diskrepanz Aufgabenerfordernisse zu Ausführungsbedingungen
- **Gratifikationskrisemodell:**
  Hohe Verausgabung bei niedriger Belohnung.[244]

8.6.6. Gesundheitsbedingung Schulbildung und Berufsausbildung

Der Ausbildungsstatus gehört zu den klassischen Sozialstatus-Indikatoren neben Berufstätigkeit und Berufsstellung. Vor allem in Deutschland setzen sich durch die Schulbildung in erster Linie und darüber vermittelt dann durch die Berufsbildung bzw. Hochschulausbildung die vorgängigen Sozialschichtungen in eine Wiederholung dieser Schichtung um. Vor allem die Schulbildung „verdoppelt“ in Deutschland die Sozialschichtung – in einer ganzen Reihe anderer europäischer Länder verändert, moderiert sie diese hingegen.[245] Gleichzeitig ist in Deutschland die reformpolitische Bildungsillusion besonders stark ausgeprägt und war schon einmal in den neunzehnhundertsechziger Jahren und ist jetzt erneut ein vorrangiges „Reformanliegen“.[246]

Für die Gesundheitslage ist dabei wichtig, dass sich innerhalb der Geburtenjahrgänge der Anteil längerdauernd-fachwissenbetonter Ausbildung erhöht. Diese Tendenz ist geschlechtsspezifisch bei der weiblichen Bevölkerung stärker ausgeprägt.[247] Sowohl der subjektive wie auch der objektive Gesundheitszustand variiert insgesamt deutlich mit der erreichten Schulbildungsstufe – je höher die Schulbildung, um so besser Gesundheitseinschätzung und Gesundheitszustand.[248] Ähnliches gilt für eine frühere oder spätere Sterblichkeit.[249]

---

[244] Vgl. Greiner, Birgit A.: Psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 144 ff.
[245] Vgl. Stolpe, Susanne: Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In: Mielck, Andreas, Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 17
[246] Vgl. Eißel, Dieter: Weniger Kinder brauchen mehr Lehrer: Armutsüberwindung durch Bildungsverbesserung erfordert Investitionen. In: Sozialverband VdK-Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Große Koalition – Enkelkinder und Großeltern gegen Bildungskrise und Altersarmut“, Düsseldorf 2008, S. 15-38
[247] Vg. Stolpe, Susanne: A.a.O., S. 17 ff.
[248] Vgl. ebda., S. 18
[249] Vgl. ebda., S. 19

Wie es scheint ergibt sich der Zusammenhang von Schulbildung Gesundheit und Sterblichkeit aus der in Deutschland ausgeprägten Zuweisungsfunktion der Schulbildung für die spätere Hochschulausbildung bzw. Berufsausbildung und damit auch Berufstätigkeit und Berufsstellung. Dort wirken dann die gesundheitlichen Bedingungen direkt auf Gesundheit und Lebenserwartung.[250] Ein unmittelbarer Zusammenhang besteht hingegen zwischen Schulbildung und Gesundheitsverhalten. Mit steigender Schulbildung nimmt die Häufigkeit gesundheitsschädigenden Verhaltens deutlich ab.[251]

8.6.7. Gesundheitsbedingung Arbeitslosigkeit

Nachdem Erwerbsarbeit vor allem in Zeiten der Arbeitsplatzverknappung den sozialen Status bestimmt, ist Arbeitslosigkeit ein starker Faktor sozialer Ungleichheit.[252] Seit den sogenannten Hartz IV-Reformen ist es unbestritten, dass vor allem die sozialpolitische und sozialrechtliche Verfassung der Arbeitslosigkeit die gesamte Lebenslage erfasst, einschließlich Wohnungswechsel, Besitz- und Vermögensauflösung, Meldezwang und ggf. Zwangsausbildung und Arbeitszwang.

Vor diesem Hintergrund bestätigen eine Fülle von Studien den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, schlechtem Gesundheitszustand und Frühsterblichkeit.[253] Gleichwohl bedarf die Feststellung „Arbeitslosigkeit macht krank“ einer Modifizierung.

Folgende Faktoren variieren diesen Zusammenhang:

- Höhere individuelle Belastung der Arbeitslosen, je mehr Arbeitslosigkeit als individuelles Versagen gilt
- Abhängigkeit der Individualisierung der Arbeitslosigkeit von der Höhe der Arbeitslosenquote etc.
- Selektion Gesundheitsschwacher in die Arbeitslosigkeit
- Binnenstruktur der Arbeitslosigkeit wie etwa Langzeitarbeitslosigkeit
- Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Arbeitslosigkeit
- Nationalitätenunterschiede bei Arbeitslosigkeit
- Regional- und Strukturunterschiede bei Arbeitslosigkeit

---

[250] Vgl. ebda., S. 21
[251] Vgl. ebda., S. 22
[252] Vgl. Elkeles, Thomas: Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 71 ff.
[253] Vgl. ebda., S. 71 ff.

- „Normalisierung“ von Arbeitslosigkeit durch Erosion des Normalarbeitsverhältnisses.[254]

Die im deutschen Sozialstaat organisierte Inanspruchnahme etwas besser verdienender Arbeitnehmer für die Unterstützung der Arbeitslosen, bspw. im Bereich der Krankenversicherung der Hartz-IV-Empfänger, bewirkt einen stetigen psychosozialen Nah- und Ferndruck auf die Arbeitslosen.[255]

8.6.8. Gesundheitsbedingung Geschlechtszugehörigkeit

Der geschlechter-gesundheitspolitische Diskurs in Deutschland ist eigenartig ökonomiefrei: Während alle übrigen Bereiche von Alltag, Familie, Bildung , Gesundheit etc. ökonomisch durchargumentiert werden, bleibt die Frage der Aufbringung und der Rückverteilung der Finanzmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Leistungsausgaben der Gesundheitsversorgung auf die Männerbevölkerung und die Frauenbevölkerung unerörtert.

Einzige Ausnahmen sind eine Untersuchung zu Stellung der Frauen in den Finanzströmen der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 1991 und eine Untersuchung aus dem Jahre 2007, die sich mit dem Umfang der Wenigerversorgung der Männerbevölkerung mit Gesundheitsleistungen befassten.[256]

Ein weiteres grundsätzliches Problem im Bereich geschlechtsspezifischer Gesundheitsanalysen ist die Sinnhaftigkeit von vergleichenden Untersuchungen zwischen Männern und Frauen. Hier besteht die erhebliche Gefahr, dass in den Rollenanordnungen und Lebenslagen von Männern und Frauen unterschiedlich aggregierte eigenständige Gesundheitsfaktoren wie Schulbildung, Berufsstellung, Einkommen etc. mit Geschlechtseigenschaften verwechselt werden und im Geschlechtervergleich dann sozusagen „verwischt“ werden. Sehr viel sinnvoller ist es, unterschiedliche Männergesundheitslagen für Sozialgruppen, Regionen etc. und unterschiedliche Frauengesundheitslagen für Sozialgruppen, Regionen etc. herausarbeiten, also die Geschlechtergruppen in sich zu vergleichen.[257] In der geschlechterspezifischen Epidemiologie sind weiterhin großräumig-inter-

[254] Vgl. ebda., S. 75 ff.
[255] Vg. Sauga, Michael: Wer arbeitet, ist der Dumme, München 2007, S. 40
[256] Vgl. Goeschel, Albrecht, Steinweber, Herbert: Die Bedeutung der Frauen für das gegliederte System der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 16/1991, S. 153-165 und Goeschel, Albrecht; Bollmann, Marcus: Zentren für Männergesundheit Versorgungsform zur Schließung der „Marktlücke“ Männerbehandlung. In: Blickpunkt Der Mann, 2/2007, S. 31-36
[257] Vgl. bspw. Goeschel, Albrecht; Steinmetz, Markus: Männergesundheit und Männerlebenserwartung in Bayern. In: Blickpunkt Der Mann, 1/2008, S. 41-45

national angelegte Untersuchungen hilfreich: Diese zeigen sehr gut die Zusammenhänge von Männergesundheit und Wirtschaftsstruktur oder die Zusammenhänge von Frauengesundheit und Stand der öffentlichen Dienstleistungen.[258]

Zuletzt ist ein Dauerproblem, dass zahlreiche Instrumente und Methoden der Erfassung und Beschreibung von Gesundheitszuständen jeweils unterschiedlich geschlechtsspezifisch sind. So wurde lange Zeit die Bedeutung und Zunahme von Depressionen bei Männern nicht wahrgenommen, weil Diagnosegrundlage die weibliche Symptomatik von Depressionen war. Umgekehrt verhielt und verhält es sich beim Frauenherzinfarkt.[259]

Einige Untersuchungen zur unterschiedlichen Gesundheitslage von Männern und Frauen setzen an den bei Frauen niedrigeren Erwerbseinkommen und ausgeprägteren Armutslagen an, also an den horizontalen Einkommensunterschieden zwischen Männern und Frauen. Andere Untersuchungen konzentrieren sich, realitätsgerechter, auf die innerhalb der Gruppe der Männer größeren Einkommensunterschiede im Vergleich zur Spreizung bei den Frauen.

8.6.9. Gesundheitsbedingung Kinderstatus

Mit dem neuesten Gesundheitsreformgesetz werden die „Kosten“ der gesundheitlichen Versorgung der Kinderbevölkerung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zukünftig verstärkt aus Steuermitteln aufgebracht. Dies beinhaltet die Chance einer erhöhten Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitik für die sich verstärkt aufspaltende und sich bei den armen oder armutsgefährdeten Familien verschlechternde Gesundheitslage der Kinder.[260]

Dabei scheint es so zu sein, dass vor allem bei einer regionsspezifischen Betrachtung von defizitärer ambulanter und stationärer Kinderheilkundeversorgung einerseits und regional erhöhter Kindermorbidität bei gleichzeitig regional deutlicher Einkommensschwäche die verantwortlichen Politikebenen und die Gesundheitsanbieterverbände starke Reaktionen zeigen.[261]

---

[258] Vgl. Goeschel, Albrecht et al.: Gesundheitliche Lage der Männer in Italien. In: Blickpunkt Der Mann, 4/2006, S. 39-45

[259] Vgl. Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Berlin 2002, S. 387-402, bes. S. 390

[260] Vg. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Kinder- und Jugendgesundheitssicherung (KiGGS), Berlin 2007. In: Bundesgesundheitsblatt 5/6-2007

[261] Vgl. Martens, Rudolf: Gesundheitsarmut bei Kindern am Beispiel Bayern und Reaktionen der Politik. In: Regionale Gesundheitsversorgung und Krankenpflege, Newsletter, Dezember 2008

Im Unterschied zur üblichen Begriffskonstruktion „Armut und Gesundheit“, das sozusagen zwei unvordenklich gewordene Phänomene verbindet, spricht der in der zuletzt zitierten Untersuchung benutzte Begriff „Gesundheitsarmut“ das Faktum an, dass auch im Falle der Kinderbevölkerung Armutslagen im Gesundheitssystem selbst angelegt sind bzw. aus diesen resultieren – etwa durch Fehlkonzentration der Kinderarztpraxen auf die Kernstädte.

8.6.10. Gesundheitsbedingung Älterenstatus

In der Gesetzlichen Krankenversicherung hat sich mit dem sogenannten Gesundheits-Struktur-Gesetz des Jahres 1992 eine grundsätzliche „Schubumkehr“ vollzogen. Die früher für alle Kassen und Kassenarten gleiche Aufgabe der gemeinsamen Finanzierung der Rentnermitglieder, also der gemeinsamen Bewältigung eines gemeinsamen Risikos im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und des damaligen Finanzausgleiches (FAG) wurde im Rahmen dieser Reform durch einen Finanzierungsmechanismus (Risikostrukturausgleich – RSA) ersetzt, bei dem für jede Krankenkasse eine bestimmte Altersstruktur, d.h. auch ein bestimmter Rentneranteil angenommen wurde und die Einnahmenseite der Kassen entsprechend ausgeglichen wurde. D.h. es wurde nicht mehr gefragt, wie ein gemeinsames (Ausgabe-) Risiko bewältigt werden kann, sondern wie sich u.a. die Risikogruppe „Rentner“ auf die Kassen verteilt.[262]

Damit war eine Verselbständigung der Krankenkassen gegenüber ihrer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der gemeinsamen Bewältigung des Älterenrisikos zugunsten einer Selbstbehauptung im Wettbewerb um möglichst günstige Risikostrukturen vollzogen worden.[263] Krankenversicherungsökonomisch stellten dabei die Rentnerversicherten schon 1992 etwa zwei Drittel der Leistungsinanspruchnahme der Gesetzlichen Krankenversicherung.[264] Gleichzeitig sind sie aber in der Selbstverwaltung der Kassen nicht vertreten.[265] Auch dies trug in der Folgezeit dazu bei, den Kassenwettbewerb und die Kassenbudgetierung durch Abbau von Leistungen für die Älteren zu bestreiten.

Parallel dazu wird eine Dauerdebatte geführt, ob die zunehmende Lebenserwartung, d.h. der Anstieg des Anteils Älterer an der Bevölkerung zu einem proportionalen oder überproportionalen Anstieg

[262] Vgl. Goeschel, Albrecht: Schlechte Risiken oder Zielgruppe für den Wettbewerb? Die Bedeutung der Älteren für Struktur und Organisation der Krankenkassen. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.). Die Organisationsreform der Krankenkassen, München 1993, S. 38-45, bes. 39 ff.
[263] Vgl. ebda., S. 42 ff.
[264] Vgl. ebda., S. 39
[265] Vgl. ebda., S. 39

der Leistungsausgaben der Krankenkassen bzw. für die Gesundheitsversorgung führt. Die Argumentation lautet in etwa so, dass steigende Lebenserwartung und sinkenden Geburtenzahlen den Altenanteil an der Bevölkerung und das Durchschnittsalter der Bevölkerung erhöhen. Dadurch würden einerseits die Einnahmen von den Beschäftigten sinken, andererseits die Ausgaben vor allem für die Älteren und deshalb die Beiträge steigen.

Das wirkliche Problem ist, dass die ökonomisch mögliche gesteigerte Ergiebigkeit der Erwerbstätigkeit durch bildungspolitische Defizite gefährdet ist und die Alterung keineswegs proportional mehr Krankheiten produziert, sondern diese nur noch nach vorne verschiebt – in diesem Zeitfenster könnte dann die bislang fehlende Prävention erkrankungssenkend wirksam werden. Die Ausgabensteigerungen bei den Älteren sind also nicht anzahlbedingt, sondern durch die Ausweitung und Verteuerung der Leistungen. Dabei verschieben sich die teueren letzten Lebensjahre mit der Alterung nur nach hinten und werden dadurch präventiv gestaltbar.[266] Insbesondere die gesundheitliche Stadtteilarbeit für sozial benachteiligte Ältere ist hier ein Weg zu verbesserter präventiver Intervention in dem beschriebenen, durch erhöhte Lebenserwartung, verlängerten Einwirkungszeitraum.[267]

Vor allem chronische Krankheiten und Multimorbidität bestimmen das Erkrankungsbild bei den Älteren und den Alten.[268] Allerdings gibt es auch keineswegs eine feste Beziehung zwischen diagnostizierbaren pathologischen Veränderungen und sozialem und medizinischem Hilfebedarf.[269] Dieser Hilfebedarf kann trotz zunehmender Veränderungen stabil bleiben oder sogar abnehmen.[270] Insgesamt schlagen auch die soziale Ungleichheit in die Gesundheitslage der Älteren und Alten durch.[271]

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schreibt: „Zusammenfassend lässt sich konstatieren: die mit dem sozioökonomischen Status verbundenen relativen gesundheitlichen Unterschiede scheinen mit steigendem Alter geringer zu werden, aber erst in sehr hohem Alter, wenn überhaupt, ganz zu verschwinden. Da das Sterberisiko über alle Altersstufen hin einen

[266] Vgl. Kühn, Hagen: Immer älter, immer kränker, immer teuerer? In: Sozialverband VdK-Bayern (Hrsg.): Die demographische Täuschung, München 2008, S. 135-159
[267] Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Kooperation und Verantwortung – Gutachten 2007, Bonn, S. 685 ff.
[268] Vgl. ebda., S. 686 ff.
[269] Vgl. ebda., S. 690
[270] Vgl. ebda., S. 690
[271] Vgl. ebda., S. 692 ff.

ausgeprägten sozioökonomischen Gradienten aufweist, kann ein Beitrag der selektiven Sterblichkeit hierzu als plausibel gelten. Die Verringerung der Ungleichheit gilt anscheinend nicht für alle Aspekte von Morbidität und Mortalität gleichermaßen; ebenfalls scheinen im Alter etwas veränderte Indikatoren der je aktuellen sozioökonomischen Situation (etwa Vermögen und Hausbesitz statt Bildung und Einkommen) die gesundheitlichen Unterschiede besser zu erklären, bzw. abzubilden. Durch die insgesamt mit dem Alter ansteigenden Morbiditäts- und Mortalitätszahlen scheinen die absoluten gesundheitlichen Unterschiede z.T. noch zu steigen. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit im Zuge der sich verändernden Morbiditäts-profile und abnehmender vorzeitiger Mortalität weiter in höhere Altersstufen verlagert (Lampert 2000). Es scheint eine Kombination von über den Lebenslauf hin akkumulierten und aktuellen Unterschieden in den Lebensbedingungen für die gesundheitlichen Unterschieden im Alter verantwortlich zu sein.“ [272]

8.6.11. Gesundheitsbedingung Lebensformen

Eine Grundströmung der Reformen im Gesundheitswesen ist der Abbau eines der vormaligen sozialen Hauptfunktionen der Gesetzlichen Krankenversicherung – die Flankierung der Normalehe und Ehefamilie, d.h. des Modells der Ernährerehemann-Familie durch die Mitversicherung der Familienangehörigen.[273] Goeschel schreibt dazu: „... erst die Einrichtung einer sozialen Krankenversicherung im Deutschen Reich Ende des 19. Jahrhunderts ermöglichte es durch die Mitversicherung von Ehefrauen und Kindern bürgerliche Ehen zu schließen und eheliche Familien zu gründen. In der aktuellen geschlechterpolitischen Gender-Mainstreaming Diskussion ist ein zentrales Thema, dass der wohlfahrtstaatliche Gesellschaftsvertrag zwischen Kapital und Arbeit einen ehe- und familienrechtlichen Geschlechtervertrag mitumfasst, nach dem die soziale Sicherung und gerade auch die soziale Krankenversicherung von Frauen und Kindern, trotz aller Modifikationen, noch auf der Normalarbeit von Ehemännern und Familienvätern aufruht.

Ganz anders läuft es in der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion in diesem Lande. Hier wird die historisch-traditionelle und faktisch-aktuelle enge Verwobenheit von Sozialsicherung, Gesundheitsversorgung und Familienleben nicht nur ignoriert, sondern massiv demontiert. ... Aber auch umgekehrt ist es nicht besser: Nicht nur

[272] Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Kooperation und Verantwortung – Gutachten 2007, Bonn, S. 695

[273] Vgl. Goeschel, Albrecht: Frauenpolitik und Krankenversicherung: Anmerkungen zu einem Defizitthema In: Die Sozialversicherung, Februar 1989, S. 42-45

die Familienpolitik in diesem Lande will nichts davon wissen, dass sie gerade auch Gesundheitspolitik zu sein hätte – auch die Gesundheitspolitik in diesem Lande will nichts davon wissen, dass sie in hohem Maße auch Familienpolitik praktiziert. Und es kommt noch schlimmer: Die Gesundheitspolitik in diesem Lande beteiligt sich an allen nur denkbaren gesundheitlichen Reformgemeinheiten, die Familien in diesem Lande angetan wurden und angetan werden. Hierzu muss man nur einen einzigen kurzen Blick auf die beiden Horrorkataloge zum Abbau von Krankenkassenleistungen und zur Zuzahlung zur Gesundheitsversorgung werfen: Man kann dann unschwer erahnen, was dies alles für Kinder, Eltern und Großeltern bedeutet, die nicht zu den „Gutverdienern“ und zur „Neuen Mitte“ gehören....

Man sollte aber auch die Realität von Gesundheitsversorgung und Familienleben, oder das, was die Statistik daraus macht, etwas näher betrachten. Zunächst gilt: 63 Prozent aller Privathaushalte in Deutschland sind Mehrpersonenhaushalte – ob mit oder ohne Kinder im Haushalt. Die deutliche Mehrheit in Deutschland lebte oder lebt also weiterhin in Familienverbänden – auch wenn diese noch kleiner werden und sich häufiger teilen und immer seltener Ehefamilien sein werden. Diese Größenordnung, dass etwa zwei Drittel aller Haushalte in Deutschland Familienhaushalte waren oder sind, finden sich auch in der Krankenversicherung in Deutschland wieder. Etwa 61 Prozent aller Einwohner in Deutschland sind Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung. Mit ihnen zusammen sind etwa 28 Prozent aller Einwohner als Familienmitglieder mitversichert. Bei diesen Zahlenverhältnissen kann gar kein Zweifel bestehen, dass alles, was im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung passiert und angerichtet wird, die Masse der Familien in Deutschland trifft.

Umgekehrt müssen sinnvolle und tragfähige Struktur- und Funktionsreformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Gesundheitsversorgung am Angelpunkt „Familie“ ansetzen und die familien- und insbesondere kinderbezogenen Regelungen und Leistungen neu ordnen. Im Übrigen zeigen die Zahlen zur Kranken- und Familienversicherung in Deutschland eines sehr schön deutlich: Jene Privaten Krankenkassen in Deutschland, die sich stets als die Hüter des Guten, Wahren und Schönen vordrängen, tragen zur Förderung des Grundwertes „Familie“ so gut wie gar nichts bei – nämlich gerade einmal 2,1 Prozent mitversicherte Familienangehörige von der Bevölkerung.
Es gibt einige typische Halbwahrheiten und das sind bekanntlich die schlimmeren Lügen, im gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Diskurs in Deutschland. Eine dieser Halbwahrheiten besteht in der Unterdrückung und Verleugnung der

Tatsache, dass die Krankenhausversorgung in Deutschland keineswegs nur Leistungsausgaben bei den Krankenkassen verursacht, sondern auch viele Milliarden Euro Beitragszahlungen an die Krankenkassen leistet. Ähnlich ist es mit den Familien: Natürlich benötigen die Familien medizinische Fachdienstleistungen durch Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken etc.. Aber die Familien erbringen ein Vielfaches an Gesundheitsförderung, Erkrankungsvorbeugung und Krankenbehandlung selbst – wenn man sie nicht willentlich behindert, entmutigt oder zerschlägt...."[274]

Umgekehrt wird die Feststellung kaum bestritten, dass die Ehe als Lebensform gesundheitsförderlich und lebensverlängernd, vor allem für Männer wirkt während Trennungen und Ehescheidungen vor allem hochgradige Gesundheitsrisiken für die Männer sind.[275] In der Literatur wird generell angemahnt, hier vor allem Kohorteneffekte besonders zu beachten, da sich die Wertschätzung und Verwirklichung vor allem formal unterschiedlicher privater Lebensformen in den zurückliegenden Jahrzehnten stark gewandelt hat.[276] Auch erscheint es notwendig, zwischen den formal unterschiedlichen Formen des Zusammenlebens und den materiellen Unterschieden zu differenzieren.[277] Insbesondere sind es vielleicht weniger die selektiven oder protektiven Wirkungen des formalen Familienstatus, sondern die belastende Wirkungen der Auflösung von Ehen und Partnerschaften, die diese Unterschiede bedingen.[278]

Gleichwohl gilt seit langer Zeit eine deutliche Tendenz geringerer Morbidität und Mortalität von Verheirateten in den hoch entwickelten Ländern.[279]

Zusammenfassend schreibt Höpflinger u.a.: „Die vorliegenden Studien weisen relativ konsistent in Richtung einer protektiven, gesundheitsfördernden Wirkung langjähriger (ehelicher) Partnerschaften. Dies gilt namentlich auch bezüglich einer Erhöhung der Gesundheitschancen nach einer Erkrankung. Die These, dass Männer von einer protektiven Wirkung einer (ehelichen) Partnerschaft stärker profitieren als Frauen, lässt sich hingegen in dieser generellen Form nicht belegen.

---

[274] Vgl. Goeschel, Albrecht: Familienorientierte Kehrtwende in der Gesundheitspolitik. In: Sozialverband VdK-Bayern (Hrsg.): Soziale Verunsicherung ohne Ende? München 2006, S. 95-111

[275] Vgl. Höpflinger, Francois: Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Berlin 2002, S. 419-438 sowie Goeschel, Albrecht: Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für die Männer in der Regionen Deutschlands. In: Blickpunkt Der Mann, 1/2007, S. 29-37

[276] Vgl. Höpflinger, Francois: A.a.O., S. 420 ff.

[277] Vgl. a..a.O., S. 422

[278] Vgl. ebda.,

[279] Vgl. a..a.O., S. 423

Zumindest in einigen Studien wird sichtbar, dass soziale Unterstützung durch andere Bezugspersonen (Angehörige, FreundInnen) ebenso bedeutsam sein kann wie eine partnerschaftliche Unterstützung, so dass sich der traditionelle Fokus vieler Studien auf Partnerbeziehungen als zu eng erweist..... Eine Familienauflösung (Scheidung, Verwitwung), aber auch familiäre Pflege zeitigt – unter der Voraussetzung gleicher wirtschaftlicher Absicherung – bei Männern kurz- bis mittelfristig tendenziell negativere gesundheitliche Konsequenzen als bei Frauen. Bei Frauen ergeben sich gesundheitliche Probleme oft eher als Folgen mangelnder wirtschaftlicher Absicherung nach einer Familienauflösung.... Rollentheoretisch orientierte Längsschnittbeobachtungen weisen gegenwärtig primär in die Richtung, dass sich multiple Rollenkonfigurationen (z.B. familial-berufliche Rollenkombinationen) bei Frauen gesundheitlich eher positiv auswirken. Ob dies bei Männern ebenso der Fall ist, lässt sich aufgrund der aktuellen Forschungslage höchsten vermuten.“[280]

8.6.12. Gesundheitsbedingung Lebenskrisen

Wegen des noch immer dominierenden Aufruhens der Gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Arbeitsverhältnis, insbesondere dem Normalarbeitsverhältnis ist das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland ursprünglich vor allem für solchen Lebensereignisse oder auch Lebenskrisen sensibel gewesen, die sich unmittelbar im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis gezeigt haben. Dies war vor allem der Krankenversicherungswechsel im Falle des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben oder die Staffelung der Geldleistungen bei Krankheit zunächst in Lohnfortzahlung und sodann Krankengeld. Für die Mitglieder bzw. Versicherten weniger merklich waren die aufdifferenzierenden Zuständigkeitsübergänge zwischen den verschiedenen Versicherungsträgern im Falle von so relevanten Lebensereignissen wie Arbeitslosigkeit, Langzeiterkrankungen und Rehabilitation, Eintritt der Pflegebedürftigkeit etc. In der sozialepidemiologischen Literatur bleiben diese erwerbs- und versicherungsbiographischen Aspekte eigenartig unbeachtet. Untersucht werden vor allem im Alltagsverständnis als „belastend“ beschriebene Lebensereignisse, Lebenskrisen wie bspw. Scheidungen und Trennungen.[281]

In der gesundheitlichen Lebensereignisforschung stehen schwer belastende und nicht steuerbare Ereignisse einerseits, persönliche Verletzlichkeitsprofile andererseits und vertrauensvolle Beziehungen als

[280] Vgl. a.a.O., S. 435

[281] Vgl. hierzu ausführlich Höpflinger, Francois: Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Berlin 2002, S. 419-438

Belastungsausgleich im Mittelpunkt.[282] Eine Dimension der gesundheitlichen Lebensereignisforschung untersucht die Erkrankungsarten nach der hierfür festgestellten Ursächlichkeit von belastenden Lebensereignissen, bspw. bei Depressionen. Eine andere Dimension befasst sich mit dem Erkrankungsverlauf und der Rolle sozialer Unterstützung hierfür, bspw. bei Herzinfarkt. Eine dritte Dimension untersucht die unterschiedliche soziale Verteilung belastender Lebensereignisse bzw. sozialer Unterstützung. Ergebnisse zeigen, dass sich in den einfachen Sozialschichten belastende Lebensereignisse häufen. Dort ist gleichzeitig auch die soziale Unterstützung schwächer ausgeprägt.[283]
Insbesondere die Untersuchung schwer belastender Lebensereignisse als Erkrankungsauslöser eignet sich für eine Verknüpfung der sozialen, regionalen und genderspezifischen Aspekte. Für die regionale und soziale Verteilung von Ehescheidungen und damit auch die negativen Gesundheitsfolgen von Ehescheidungen und Trennungen für Männer sowie der Aufbau von Unterstützungspotentialen gibt es im deutschsprachigen Raum eine erste Untersuchung.[284]

8.7. Regionalisierte und lebenslagenorientierte Gesundheitsberichterstattung

Aus den vorstehenden Darstellungen ist unschwer erkennbar, dass für die Erforschung und Entwicklung einer lebenslagenorientierten Gesundheitsversorgung allenfalls ein Bruchteil derjenigen Ressourcen zur Verfügung steht, über den der enorme Wirtschaftszweig der Fachgebiete- und Erkrankungsartenmedizin verfügt.

Allein schon aus dieser Sicht sollten alle geeigneten Hilfsmittel und Möglichkeiten zur Etablierung von Lebenslagenmedizin genutzt werden.

8.7.1. Gesundheitsberichterstattung im Zusammenhang der Kassenarzt- und Krankenhausversorgung

Zu solchen Hilfsmitteln und Möglichkeiten gehört auch die regionalisierte Gesundheitsberichterstattung und die Mitnutzung der beiden regionalisierten Fachplanungen Kassenarzt- und Krankenhausplanung. Diese versorgungspolitische Strategie verfolgen die Studiengruppe für

[282] Vgl. Geyer, Siegfried: Belastenden Lebensereignisse und soziale Unterstützung. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): A.a.O., S. 207-218
[283] Vgl. ebda., S. 212 ff.
[284] Vgl. Goeschel, Albrecht: Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiken für die Männer in den Regionen Deutschlands. In: Blickpunkt Der Mann, 1/2007, S. 29-37

Sozialforschung e.V. und mittlerweile auch die Paritätische Forschungsstelle.[285]

8.7.2. Gesundheitsberichterstattung zu Männern und Frauen

Ähnlich wie die allgemeine Gesundheitsberichterstattungen und die für die Kassenarzt- und Krankenhausplanung nötigen Erhebungen zur regionalen Gesundheitslage lässt sich auch die Genderberichterstattung nutzen. Regionale Berichte zur Lebenslage, insbesondere Gesundheitslage von Männern und Frauen stellen wichtige Hilfsmittel beim Aufbau lebenslagenorientierter Gesundheitsversorgung dar.

Für Bayern gibt es ein anspruchsvolles Konzept der Männergesundheitsberichterstattung, dass den Wandel des regionalen Morbiditäts- und Mortalitätsbildes in Bayern im Zusammenhang mit der langfristigen Wirtschaftsentwicklung bringt und aus dieser Sicht auch die Gesundheitsinfrastruktur bewertet.[286] Für regionalisierte Frauengesundheitsberichte wurde bereits 1991 ein Konzept vorgelegt.[287]

8.7.3. Gesundheitsberichterstattung zu ausgewählten Problembereichen

Eine weitere Möglichkeit, lebenslagenorientierte Versorgungskonzepte, -strukturen und –prozesse zu etablieren sind sozusagen „Fachberichte“ zu spezifischen Problemlagen. Ein Beispiel ist die bislang in Deutschland fehlende geschlechtsspezifische Pflegeberichterstattung.[288]

In dieser Weise könnten auch andere Berichtsysteme wie etwa die Qualitätsberichtserstattung der Krankenhäuser sozialepidemiologisch angereichert werden.

8.8. Verhältnisprävention als Lebenslagenmedizin

Ein wichtiges Element für den Aufbau von Konzepten, Strukturen und Programmen lebenslagenorientierter Gesundheitsversorgung sind Präventionskonzepte, -strukturen und –programme, die aus dem Bereich

---

[285] Vgl. Bundesministerium für Forschung und Technologie (Hrsg.): Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Band II, S. 326-352, Sankt Augustin 1990 und Paritätische Forschungsstelle (Hrsg.): Gesundheitsarmut bei Kindern am Beispiel Bayern, Berlin September 2008

[286] Vgl. Goeschel, Albrecht; Steinmetz, Markus: Männergesundheit und Männerlebenserwartung in Bayern: Ergebnisse des Männergesundheitsberichts Bayern. In: Blickpunkt Der Mann, Gablitz 1/2008, S. 41-45

[287] Vgl. Fette, Anke; Gassner, Sabine: Regionale Unterschiede in der Gesundheitslage der Frauen. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 16/1991, S. 161-178

[288] Vgl. Goeschel, Albrecht: Männer-Pflegebericht für Deutschland. In: Gesundheitspolitik, 2/2008, S. 52-54

Verhältnisprävention, im Unterschied zum Bereich Verhaltensprävention, kommen. Beispiele sind:

- Raumordnung, Landesplanung und Regionalentwicklung als Instrumente präventiver Gesundheitspolitik.[289]
- Präventive Gesundheitsprogramme von Kommunen und Ortskrankenkassen.[290]

8.9. Produkte, Prozesse und Strukturen lebenslagenorientierter Gesundheitsversorgung

Es wird bei der Etablierung einer lebenslagenorientierten Gesundheitsversorgung darauf ankommen. letztlich innovative Produkte bzw. Leistungspakete zu entwickeln, die diesem Konzept entsprechen und die dann in Versorgungsprozessen und Versorgungsstrukturen bereitgestellt und verbraucht werden können.

Als Entwicklungsstrategie empfiehlt sich dabei die Auswahl und Anordnung solcher sozialepidemiologischen Zielgruppen, die wichtige mehrdimensionale Bedarfslagen (regional, sozial, genderspezifisch, professionell etc.) repräsentieren. Für diese Zielgruppen sind dann Produkte, Prozesse und Strukturen der Versorgung zu etablieren.

Die Pflegeversicherung bietet sich als Aufmarschgelände für diese neue Lebenslagen-Medizin mit ihren §§ 8 und 12 SGB XI idealtypisch an.

[289] Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Landesplanung und Regionalentwicklung als Instrumente präventiver Gesundheitspolitik. In: Der Landkreis 10/1987, S. 471-473

[290] Vg. Goeschel, Albrecht: Präventive Gesundheitspolitik in den Kommunen – neue Aufgaben für die Ortskrankenkassen? In: Das öffentliche Gesundheitswesen 49/1987, S. 572-576