



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

**Privatisierung und Besteuerung  
des Gesundheitswesens:  
Qualitätsminderung der älterenbe-  
zogenen Versorgung am Beispiel  
der Krankenhauswirtschaft**

„Die Menschen werden jedes Jahr im  
Schnitt älter“, Edmund Stoiber, Juli  
2006 in Tyrlaching

Wenn man die Analysen und Kritiken  
der nun seit einigen Wochen verab-  
schiedeten „Gesundheitsreform“ über-

blickt, dann haben vor allem diejenigen  
Analysen und Kritiken Tiefgang, die auf  
die Täuschungen und auf die  
Widersprüchlichkeiten hingewiesen  
haben, die mit dieser Gesundheits-  
reform praktiziert und initiiert worden  
sind.

Dies beginnt schon im Sprachlich-  
begrifflichen: Das Reformgesetz nennt  
sich „Gesetz zur Stärkung des  
Wettbewerbs in der Gesetzlichen  
Krankenversicherung“.

Tatsächlich ist das Reformgesetz  
jedoch ein Oktroi zur Konzentration,  
Zentralisierung und zur Monopoli-  
sierung der Finanzierungsseite der  
Gesundheitsversorgung – mithin das  
Gegenteil von Wettbewerb in diesem  
Bereich.<sup>1</sup>

Besonders deutlich hat dies der  
Wissenschaftliche Beirat des  
Bundesministeriums für Wirtschaft und  
Technologie in seinem Ende Januar  
veröffentlichten Brief an den Minister  
vorgetragen:

Die Kassenseite sei durch die im  
Gesetz vorgeschriebene Ausschrei-  
bungspflicht für den Leistungsbezug  
bei gleichzeitiger Freistellung von der  
für Unternehmen ansonsten geltenden  
nationalen und gemeinschaftlichen  
Wettbewerbsvorschriften zu einem  
regelrechten Nachfragemonopolisten  
gemacht worden.<sup>2</sup>

1 Vgl. u.a. Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.): Wettbewerbsschwächungsgesetz statt Finanzierungsreform, In: Kennzeichen BKK.

2 Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.): Pressemitteilung – Wissenschaftlicher Beirat legt Brief zum „Gesundheitsreformgesetz“ vor. Berlin, 30.01.2007.

---

**Prof. Albrecht Goeschel**

---

Ich möchte heute noch einen Schritt weiter gehen wie ich das auch schon in einer Stellungnahme für den Bund der Steuerzahler getan habe:<sup>3</sup>

Die Große Koalition behauptet hartnäckig, mit der Gesundheitsreform die Steuerfinanzierung der Gesundheitsversorgung „auszubauen“ und nachhaltiger zu machen. Alle Anzeichen deuten aber darauf hin, dass etwas ganz anderes erfolgt ist.

Die Politik verdächtigt das Gesundheitswesen nicht mehr ausschließlich als Kostenfaktor, sondern die Politik hat die Gesundheitswirtschaft mit ihren 234 Milliarden Euro Umsatz und mit ihren 4,2 Millionen Erwerbstätigen als Steuerquelle entdeckt.

Mit dem Reformgesetz hat die Große Koalition letztlich drei teilweise widersprüchliche Ziele anvisiert: Einerseits soll das herkömmliche korporatistische Gesundheitswesen in eine kommerzielle Gesundheitsbranche und damit in eine sprudelnde Steuerquelle umgewandelt werden – gleichzeitig wandelt sie die Krankenversicherung zu einem quasi-staatlichen Monopolisten, der die Preise der mehrheitlich mittelständischen Gesundheitswirtschaft bestimmt.

Und zuletzt wird, in Fortsetzung der bald schon jahrzehntelangen Sozialabbaupolitik mit dem Instrument der Zusatzbeiträge ein Wettbewerb der ver-

bleibenden Krankenkassen um die angenehmste und die unmerklichste Form der Leistungskürzung initiiert.

Dies alles entspricht durchaus der EU-Strategie gleichzeitiger Kommerzialisierung und Dominierung des Gesundheitswesens durch die Staaten zur Erzielung von Steuereinnahmen und gleichzeitig zur Vermeidung von Steuerausgaben.<sup>4</sup>

Verehrte Damen, meine Herren, die Umgestaltung auch der Sozialen Krankenversicherung selbst in einen mit der bisherigen Privaten Krankenversicherung angenäherten monumentalen Unternehmenszweig und damit in ein monumentales Besteuerungsobjekt ist mit dem Reformgesetz eingeleitet: Abgesehen von der Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung in die „Gestaltung“ des Gesundheitssicherungskomplexes ist es vor allem der in der Gesundheitsreform angelegte verschärfte Zusatzbeitragswettbewerb, der die verbliebenen Sozialkrankenkassen immer stärker zu Verhaltensweisen bringen wird, die denen der Privatkassen ähneln.<sup>5</sup>

Wenn dies aber ein bestimmtes Ausmaß überschritten hat, werden das nationale und das gemeinschaftliche Steuer- und Wettbewerbsrecht greifen und wird vor allem das bisherige Steuerprivileg der Sozialkrankenkassen fallen.<sup>6</sup>

<sup>3</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung, In: Der Steuerzahler, Wiesbaden, 2/2007.

<sup>4</sup> Vgl. Hans-Jürgen Urban: Gesundheitspolitik: mehr Qualität. Zur Europäisierung eines Politikfeldes. In: WZB-Mitteilungen, Berlin Juni 2004, S. 47-50.

<sup>5</sup> Vgl. hierzu u.a. Sozialverband VdK-Deutschland: Stellungnahme zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform 2006, August 2006.

<sup>6</sup> Vgl. Gerlinger, Thomas: Krankenkassen durch Wettbewerb in der Europafalle: Nur Umverteilung schützt die Sozialversicherung vor dem europäischen Kartellrecht. Vortrag Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 24.11.2006 und ders.: Abnehmende Autonomie. In: WZB-Mitteilungen, Berlin September 2006.

Immerhin gibt es seit einem Jahrzehnt bei den Haushalts- und Finanzpolitikern in Deutschland Bestrebungen, das Steuerprivileg, die Steuerbefreiung zumindest der Zinserträge der Rücklagen der Sozialkrankenkassen zu beseitigen.<sup>7</sup>

Verehrte Damen, meine Herren, das klingt alles ein bisschen abgelegen einerseits und zu weit vorausgeblickt andererseits, um nicht zu sagen: ein bisschen langweilig.

Eine Kritik an der sozialen Schieflage, an den erneuten Beitragssteigerungen oder an den Belastungen für Apotheken, Arztpraxen und Krankenhäuser klänge da irgendwie griffiger.<sup>8</sup>

Wenn wir uns bei diesen in den zurückliegenden Monaten laut ausdiskutierten Offensichtlichkeiten aufhalten würden, käme nicht in den Blick, welche tektonischen Verschiebungen das Reformgesetz in der Gesundheitsversorgungslandschaft auslösen und beschleunigen wird und was die Hauptursache für diesen sozialen Klimawandel ist, der von einer laufenden Verschlechterung der Versorgungsqualität begleitet ist und begleitet sein wird, die vor allem die Älteren trifft.

Graben wir also tiefer nach den Ursachen. Es ist mittlerweile ein Gemeinplatz der wirtschaftspolitischen

Diskussion in Deutschland, dass die Masseneinkommen seit reichlich zehn Jahren stagnieren, während die Unternehmensgewinne, Selbstständigeneinkommen und Vermögenseinkommen expandieren, dass die Inlandsnachfrage zurückbleibt, während der Auslandsabsatz Rekorde um Rekorde erzielt.<sup>9</sup>

Warum die regelrechten Exportexzesse der deutschen Volkswirtschaft aber anstelle kaufkraftstärkender Gesundheits- und Sozialpolitik, d.h. anstelle von Neben-Lohnpolitik, wenn schon nicht Haupt-Lohnpolitik<sup>10</sup>, aber eine gerade zu fanatische Politik der Sozialrestriktionen einerseits und der Privatisierung und Liberalisierung andererseits bewirken, bleibt ungesagt.

Nehmen wir zunächst die Exportexzesse seit dem Antritt der seinerzeitigen rot-grünen Koalition zur Kenntnis. Die Exportüberschüsse der deutschen Wirtschaft sind von rund 60 Milliarden Euro im Jahre 2000 auf reichlich 160 Milliarden Euro im Jahre 2005 hochgeschossen – eine Steigerung von rund 270 Prozent – und 2006 wird dies noch mehr werden.<sup>11</sup>

<sup>7</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Kann die Steuerfreiheit der GKV auf Dauer bestehen bleiben?, In: Ärztezeitung, 21.07.1997.

<sup>8</sup> Vgl. bspw. Sozialverband VdK-Deutschland: A.a.O.

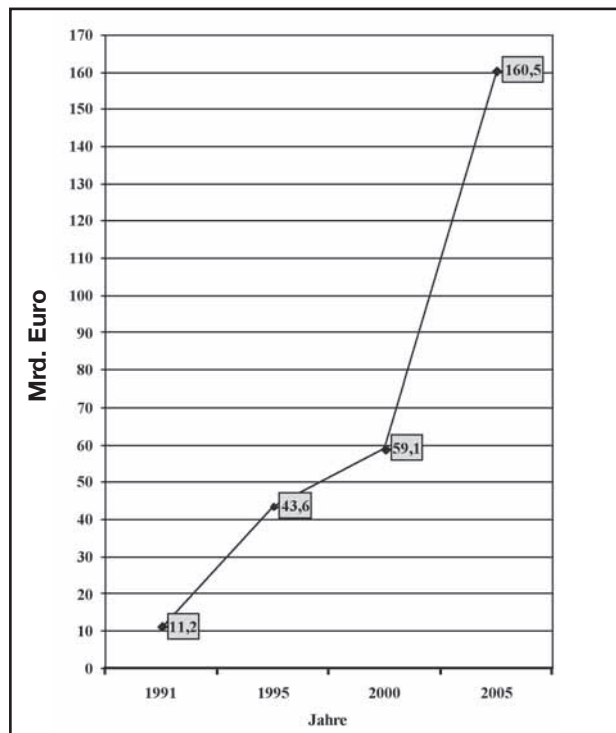
<sup>9</sup> Vgl. f.v.a. Bofinger, Peter: Wir sind besser als wir glauben – Wohlstand für alle, München 2005 und OECD – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.): OECD- Wirtschaftsberichte 2006 – Deutschland, Internet-Version, S. 19 ff.

<sup>10</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Wachstum und Beschäftigung durch Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung, Nordrhein-Westfalen in der Regionalverteilung der Sozialversicherungsfinanzen, Vortrag Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, 24.11.2006.

<sup>11</sup> Vgl. Süddeutsche Zeitung, 09.02.2007.

Übersicht 1: Exportüberschussexzess in Deutschland  
1991-2005

**Exportexzess\*  
in  
Deutschland  
1991-2005**



Gratik: Markus Steinmetz  
\* Ausfuhrüberschuss

Quelle: Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (Hrsg.): Memorandum 2006,  
Köln 2006.

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

Dass dieser Exportexzess durch die seit den neunziger Jahren stagnierenden Arbeitseinkommen sowie die dazu gehörende Hocharbeitslosigkeit ermöglicht wurden, ist ebenfalls vielfach erörtert und belegt.<sup>12</sup> Wichtig für unser Thema Gesundheitsversorgung und Gesundheitsreform ist dabei, dass dieser Exportexzess einen bedeutenden Teil der Wertschöpfung dem inländischen Verbrauch und damit auch der inländischen Verbrauchsbesteuerung, d.h. der Mehrwertbesteuerung entziehen.

Verehrte Damen, meine Herren, die Politik der Exportexzesse hat dreierlei bewirkt: Sie hat durch die Lohnunterdrückung und durch die Sozial-, sprich: Neben-Lohnkürzungen die Masseneinkommen zur Stagnation gebracht, sie hat erhebliche Teile der Wertschöpfung dem inländischen Verbrauch entzogen und sie hat dadurch ihre Haupteinnahmequellen, die Lohnsteuern und die Verbrauchssteuern verbaut – und nebenbei die vielbeklagte Staatsverschuldung erhöht.

Werfen wir einen Blick auf die Zahlen.

Wir wissen und wir haben es beim VdK-Forum 2006 auch ausgiebig erörtert, dass es eine „Lohn der Angst vor Arbeitslosigkeit-Politik“ und eine Politik der sozialen Verunsicherung sind<sup>13</sup>, mit der die Masseneinkommen zum Stagnieren gebracht worden sind. Sie sind

im Zeitraum 2000 bis 2005 von 910 Milliarden Euro nur auf 981 Milliarden Euro, also nur um gerade 8 Prozent gestiegen (Übersicht 2).

Nachdem die Masseneinkommen aber die Basis des Inlandsverbrauchs und damit des Verbrauchsteueraufkommens sind, ist es nur logisch, dass mit den Masseneinkommen auch das Verbrauchsteueraufkommen insbesondere das Umsatzsteueraufkommen zum Stagnieren gebracht worden ist (Übersicht 3).

Zwischen 2000 und 2005 war das Umsatzsteueraufkommen nicht nur stagnierend, sondern sogar rückläufig. Gleiches gilt, noch ausgeprägter, für die vom Aufkommen her ähnlich voluminöse Massensteuer, die Lohnsteuer. Diese ist deutlich zurückgegangen.<sup>14</sup>

Wie das politische System, nunmehr als so genannte Große Koalition, also doch ohne Opposition, die Steuerdefizite der Exportexzesse ausgleicht, weiß der Zeitungsleser: Zunächst durch eine massive Umsatzsteuer-, sprich: Mehrwertsteuererhöhung.

Eher unbekannt ist dem Zeitungsleser, dass die Politik außerdem mit Hilfe der sogenannten „versicherungsfremden Leistungen“ jährlich auch noch 65 bis 70 Milliarden Euro aus den Sozialversicherungen abgeschöpft, in dem sie diesen zu wenig für aufgenötigte Fremdleistungen erstattet (Übersicht 4).

<sup>12</sup> Vgl. Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (Hrsg.): Memorandum 2006, Köln 2006.

<sup>13</sup> Vgl. Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Soziale Verunsicherung ohne Ende? Das politische System setzt die Bürger auch weiter unter Druck, München 2006.

<sup>14</sup> Vgl. Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (Hrsg.): Memorandum 2006, Köln 2006, S. 296

Übersicht 2:  
**Masseneinkommenstagnation  
in  
Deutschland  
1991 - 2005**

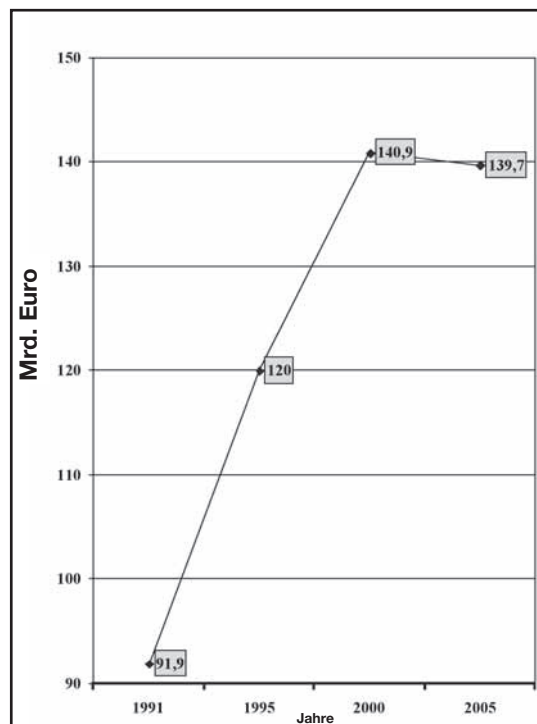
Jahre  Massen- einkommen*	Entwicklung der Masseneinkommen			
	1991	1995	2000	2005
Mrd. Euro	699	812	910	981
Gegenüber Vor-Vergleichsjahr Prozent	-	+16,2	+12,1	+7,8

\* Nettolöhne und -gehälter, monetäre Sozialleistung

Quelle: Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (Hrsg.):  
Memorandum 2006, Köln 2006.

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

Übersicht 3:  
**Umsatzsteuerstagnation  
in  
Deutschland  
1991-2005**



Grafik: Markus Steinmetz

Quelle: Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (Hrsg.): Memorandum 2006, Köln 2006.

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

Übersicht 4:

**Finanzierung von Staatsaufgaben  
aus der Sozialversicherung in Deutschland 2005**

<b>Sozialversicherungen</b>	<b>Staatsaufgaben Mrd. Euro</b>
Gesetzliche Krankenversicherung <sup>1)</sup>	45
Soziale Pflegeversicherung <sup>2)</sup>	5
Arbeitslosen- versicherung <sup>3)</sup>	19
Gesetzliche Rentenversicherung <sup>4)</sup>	60 -70
<b>Aufwendungen zugunsten des Bundes</b>	<b>+ ca. 130</b>
<b>Erstattungen seitens des Bundes</b>	<b>- 60,4 bis 62,1</b>
<b>Finanzierung von Staatsaufgaben durch die Sozialversicherungen</b>	<b>65 bis 70</b>

1) U.a. Leistungen für mitversicherte Familienangehörige

2) U.a. Leistungen für mitversicherte Familienangehörige

3) U.a. aktive Arbeitsmarktförderung

4) U.a. West-Ost-Transfer

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Jahresgutachten 2005/2006, Wiesbaden 2005, S. 377.

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



Das politische System besteuert die erwerbstätige Bevölkerung zum Zwecke seiner eigenen Alimentierung und zum Zwecke der Defizitfinanzierung der Exportexzesse in dreifacher Form:

Direkt mit der Lohnsteuer, indirekt mit den Verbrauchssteuern und subversiv mit versicherungsfremd verwendeten Sozialbeiträgen.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz wird nun auf breiter Front in eine vierte Form der Exzessfinanzierung eingestiegen:

Die Erschließung des Gesundheitswesens als Quelle für Verbrauchssteuern und Unternehmenssteuern.

Vergessen wir nicht, verehrte Damen, meine Herren, dass das politische System schon vor der Mehrwertsteuererhöhung aus den Sozialeinkommen etwa 100 Milliarden Euro an Mehrwertsteuer abgeschöpft hat (Übersicht 5).

In diesen 100 Milliarden Euro Steuerabschöpfung aus den Sozialeinkommen waren ca. 30 Mrd. Euro enthalten, die dadurch entstanden sind, dass die Sachleistungen an den Sozialeinkommen, ca. 198 Milliarden Euro, die Nettoeinkommen und die monetären Sozialeinkommen von Ausgaben für Gesundheitsdienste und Gesundheitsgüter freihalten, die bislang auf weiten Strecken umsatzsteuerfrei sind wie etwa Arzt- und Krankenhausleistungen.

Natürlich hat das politische System die Exzessdefizite allein schon durch die erhöhte Umsatzbesteuerung der Sozialeinkommen ganz ansehnlich abbauen können – etwa um 20 Milliarden Euro mindestens.<sup>15</sup> Etwa 6 Milliarden Euro entfallen dabei allein auf die Freistellung der Nettoeinkommen und der monetären Sozialeinkommen von Ausgaben für Gesundheitsdienste und –güter mit ihren Umsatzsteuerbefreiungen.<sup>16</sup>

Wenn aber das Politische System mit Hilfe der Gesundheitsreform in eine forcierte Kommerzialisierung und Liberalisierung der Gesundheitswirtschaft einsteigt, einschließlich einer am Horizont erkennbaren Besteuerung nicht nur der Privatkrankenkassen, sondern auch der Sozialkrankenkassen, dann hat es ein zusätzliches Besteuerungsobjekt von enormen Dimensionen: Derzeit 234 Milliarden Euro.

Im Unterschied zu der vom Wissenschaftlichen Beirat des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie getroffenen Feststellung, dass das Wettbewerbsziel des Reformgesetzes auf der Krankenkassenseite in Wirklichkeit eine Monopolsituation schaffe<sup>17</sup>, beschleunigt das Wettbewerbsziel des Reformgesetzes vorrangig auf der Leistungserbringungsseite die Umwandlung und Erweiterung des korporatistischen Gesundheitswesens in eine kommerzielle Gesundheits-

<sup>15</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung. Untersuchung für den Bund der Steuerzahler in Bayern e.V., Marquartstein, Januar 2007.

<sup>16</sup> Dabei wirkt die deutsche Mehrwertsteuererhöhung für die anderen europäischen Länder wie eine Handelsschranke. Dadurch gehen die Importe zurück und die Exporte nehmen, relativ, noch mehr zu. So urteilt das französische Wirtschaftsforschungsinstitut OFCE. –vgl. Süddeutsche Zeitung, 26.10.2006.

<sup>17</sup> vgl. Fußnote 2

Übersicht 5:

**Mehrwertsteuer-Abschöpfung der Sozialeinkommen  
in Deutschland  
2003**

<b>Mehrwertsteuer</b> <b>Sozialeinkommen</b>	<b>Einkommen</b>  Mrd. Euro	<b>Besteuerung</b>  Mrd. Euro <sup>2)</sup>
Einkommens- leistungen	472,6	75,6
Sachleistungen <sup>1)</sup>	198,3	31,7
<b>Zusammen</b>	<b>670,9</b>	<b>107,3</b>

- 1) Ersparte Verausgabungen vor allem für Gesundheitsdienste und -güter zugunsten anderer Konsumausgaben  
2) Bei angenommener voller Verwendung der Sozialeinkommen für Konsumausgaben und durchgängiger Besteuerung mit dem vollen Steuersatz

Quelle: Eigene Berechnungen und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 2006, Bonn Juni 2006.

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

branche. Dabei ermöglichen das Kas- senmonopol verschärfte Einsparungen und die Gesundheitskommerzialisie- rung erweiterte Besteuerungen.

Die von zahlreichen Kritikern des Re- formgesetzes bemängelte „Wider- sprüchlichkeit“<sup>18</sup> ist in Wirklichkeit eine politisch wohlgelegene Funktionalis- sierung der Gesundheitsversorgung für Zwecke der Staatsfinanzierung und der Bewältigung der fiskalischen Folgen der anhaltenden Exportexzesse.

Die nachfolgende Übersicht 6 zeigt nur einige der zahlreichen Regelungen des Reformgeschehens, mit denen die Gesundheitswirtschaft als Besteue- rungsobjekt erschlossen wird.

Es ist die Krankenhausversorgung in Deutschland, die wegen ihres Volu- mens von derzeit rund 68 Milliarden Euro und damit rund 29 Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsauf- wendungen<sup>19</sup> einerseits und ihrer schwachen gesundheitspolitischen Interessenvertretung andererseits<sup>20</sup> seit zwei Jahrzehnten als Erprobungsge- lände und als Hauptkriegsschauplatz von Sparpolitik einerseits und Kom- merzialisierungspolitik andererseits dient.

Bruckenberger und Goeschel haben in der Vergangenheit immer wieder, auch anlässlich mehrerer Symposien des VdK, auf die Paradoxien in der Krankenhauspolitik hingewiesen, dass Krankenhaussparpolitik von Bettenab- bau über Investitionsstopp bis Fallpauschalenfinanzierung gleichzeitig die Privatisierung und Kommerzialisie- rung und damit Aufwandsexpansion im stationären Sektor forciert haben.<sup>21</sup>

In der Krankenhausversorgung wurden und werden sektoral diejenigen Politik- muster experimentiert und praktiziert, die jetzt mit dem Reformgesetz über- sektoral umgesetzt werden.

<sup>18</sup> vgl. Fußnote 1

<sup>19</sup> Einschließlich der Rehakliniken. Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit: Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004, Wiesbaden 2006, S. 62 und 63.

<sup>20</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Konzentration in der Krankenhauswirtschaft. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten? München 2001, S. 15 ff.

<sup>21</sup> Vgl. 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 ff., bes. S. 29 ff. und Goeschel, Albrecht: A.a.O.

Übersicht 6:

**Erschließung der Gesundheitswirtschaft  
als  
Besteuerungsobjekt  
durch das  
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz**

- Einheitsbeitragssatz als Gesundheitssteuer
- Zinserträge des Sondervermögens „Gesundheitsfonds“ als Ersparnis von Steuerzuschüssen
- Aufteilung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in soziale Grundleistungen und private Zusatzleistungen der Privatassekuranz
- Anordnung oder Eingliederung dienstleistender Einrichtungen für alle Leistungsanbieter und Kostenträger (Telematik, Qualitätskontrolle, Regionalindikatoren, Service) mit Mehrwertsteuerpflicht
- Differenzierte umsatzsteuerliche Bewertung bisher umsatzsteuerbefreiter Leistungen
- Etc.

Angefangen hat dies damit, dass in den Ländern zwischen 1972 und 1993 zwar 65.000 meist öffentliche oder freigemeinnützige Akutbetten abgebaut worden sind, dafür aber gleichzeitig rund 75.000 meist private Rehabetten aufgebaut worden sind.<sup>22</sup>

Mittlerweile haben die meist privaten Rehakliniken bereits einen Anteil von 25 Prozent am Gesamtbettenbestand des stationären Sektors (Übersicht 7).

Aber auch innerhalb des Bereiches der Akutkrankenhäuser hat sich unter dem Druck von Investitionslücke, Budgetierung und Übergang zur Fallpauschalenfinanzierung bereits seit 1993 eine beschleunigte Privatisierung vollzogen. In den zurückliegenden drei Jahren ist es dabei zu einem regelrechten Ausverkauf öffentlicher Krankenhäuser an private Klinikkonzerne gekommen.<sup>23</sup>

### Übersicht 7:

## 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

<sup>22</sup> Vgl. Brucknerberger, Ernst: A.a.O.

<sup>23</sup> Vgl. Gerste, Bettina: Veränderungen der Trägerschaft von Krankenhäusern seit 1992. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart/New York 2003, S. 259 ff. sowie Süddeutsche Zeitung vom 01.10.2005, 24.08.2006, 17.10.2006, und 11.12.2006.

---

**Prof. Albrecht Goeschel**

---

Im Jahre 2003 betrug der Anteil der von Privatträgern geführten Krankenhäuser bereits rund 25 Prozent aller Akutkrankenhäuser (Übersicht 8). Erweitert man die Betrachtung um die Rehakliniken, kommt man zu noch deutlich höheren Anteilen.

Von interessierter Seite, Klinikkonzernen und Finanzierungsinstituten, werden für die Zukunft bis zu 40

Prozent Privatanteil am Akutkrankenhausbestand erwartet.<sup>24</sup>

Wichtiger aber ist vielleicht noch die stufen- und schrittweise Anpassung auch der öffentlichen Krankenhäuser an das Ziel der Überschusserzielung und Gewinnsteigerung der privaten Klinikkonzerne.<sup>25</sup>

**Übersicht 8:****Anteilszunahme der Privatkrankenhäuser  
in Deutschland 1993 - 2003**

Krankenhäuser Trägerschaft	Anteile an allen Krankenhäusern* Prozent	
	1993	2003
Öffentlich	43,4	36,2
Freigemeinnützig	40,1	39,0
Privat	16,5	24,8

\* Akutkrankenhäuser

Quelle: Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhaus-Report '95, Stuttgart/Jena 1995, S. 240 und Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005, Stuttgart/New York 2006, S. 246.

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

24 Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 23.11.1999; Süddeutsche Zeitung, 08.10.2004, 02.08.2005 sowie Wirtschaftswoche, 12.06.2006.

25 Dieser Anpassungsprozess lässt sich auch daran ablesen, dass mittlerweile etwa 30 Prozent der öffentlichen Krankenhäuser in Privatrechtsform tätig sind.- Vgl. Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005, Stuttgart/New York 2006, S. 247

Dieser operative, nicht unbedingt rechtsformale Privatisierungsprozess, - treffender: Ökonomisierungsprozess - der Krankenhausversorgung war und ist eine Begleit- und Folgeerscheinung der Verlagerung von Krankenkassenstrukturproblemen auf die Krankenhäuser, der Reduzierung der Investitionsförderung durch die Länder, der Budgetierung der Krankenhausversorgung, der Umstellung der Krankenhausfinanzierung von Kostendeckung auf Ertragerzielung und der Inszenierung von „Wettbewerb“.<sup>26</sup>

Im Jahre 2004 waren nur noch rund 22 Prozent der Krankenhäuser der eigentlichen Ökonomisierung und damit möglichen Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung durch die DRG-Fallpauschalenfinanzierung nicht unterzogen (Übersicht 9).

An dieser Stelle muss nun auf den großen Krankenhausärztestreik vom Sommer 2006 eingegangen werden. Dieser Streik richtete sich gegen die öffentlichen, meist kommunalen Krankenhäuser unterhalb der Ebene der Universitätskliniken.

Bei diesem Streik ging es darum, die von diesen Arbeitgebern mit ihren spezifischen Bedingungen lokal- und parteipolitischer Einflussnahme und steiler Organisationshierarchien jahrelang verweigerten Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und Arbeitsentgelte zu korrigieren.

Insbesondere ging es darum, die patientengefährdenden Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte zu verbessern.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Krankenhäuser als Widerstandsnester: Innovative Produkte für die Region statt Gang an die Börse: In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Reformangriff auf das Sozialmodell Deutschland, München 2005, S. 49 ff. sowie Simon, Michael: Das Krankenhaus im Umbruch, (Hrsg.): Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1997.

<sup>27</sup> Vgl. Süddeutsche Zeitung, 25.05.2001 und 29.11.2005.

Übersicht 9:

**Übergang der Krankenhäuser  
zur DRG-Finanzierung in  
Deutschland  
2003 und 2004**

<b>Krankenhäuser</b> <b>Finanzierung</b>	<b>Anteile an allen Krankenhäusern</b> <b>Prozent</b>	
	<b>2003</b>	<b>2004</b>
DRG-Finanzierung	44,6	78,2
Konventionelle Finanzierung	55,4	21,8

Quelle: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart/New York 2005, S. 357 ff., und ders. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005, Stuttgart/New York 2006, S. 327 ff.

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



Der Verlauf des Streiks und die Darstellung der beiden Streikparteien zeigten, wie sehr sich gerade die tradierten hierarchischen Strukturen und politischen Verbindungen des kommunalen Krankenhauswesens eigneten, unter der in der Öffentlichkeit positiv besetzten kommunalen Trägerschaft in nicht wenigen Fällen ein quasi-privatwirtschaftliches Kommandosystem von Sparen und Profit einzurichten, sozusagen „chinesische Verhältnisse“ zu schaffen und das ärztliche und pflegerische Personal als Hauptressource der Krankenhausversorgung regelrecht auszupressen.<sup>28 29</sup>

Nur eine Minderheit innerhalb des Managements der öffentlichen und der freigemeinnützigen Krankenhäuser, allerdings eine sehr avancierte Minderheit, hat erkannt und führt erfolgreich vor, dass es möglich ist, Krankenhäuser mit sozialunternehmerischen Strategien und Produktkonzepten<sup>30</sup> zu führen, dass es nicht zwingend nötig ist, sie zuerst als Sparbüchse und dann als Investorenwiese und zuletzt als neue Steuerquelle zu betrachten.

Der Ärztestreik hat gezeigt, wie und warum die von bloßer Wirtschaftspolitik längst zu regelrechter Gesellschaftspolitik ausgeweitete Exportexzessstrategie und die von ihr in Dienst genommene Gesundheitsreformpolitik, vor allem Krankenhauspolitik so gefährlich für chronisch Kranke, multimorbid Kranke, singularisiert lebende Kranke und ältere Kranke überhaupt ist.

In der Krankenhauswirtschaft wird die Wertschöpfung mit etwa 65 Prozent Arbeitseinsatz, d.h. mit 65 Prozent Personalkosten erstellt. Zum Vergleich: In der gewerblichen Wirtschaft liegen die Personalkosten bei 25 Prozent (Übersicht 10).

---

28 Vgl. Gernhard, Volker: Berliner Klinikkonzerne als kommunaler Ernstfall. In: Sozialverband VdK-Bayern: Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten?, München 2001, S. 59 ff. und Berliner Zeitung, 11.07.2002 und 05.09.2002 und Kühn/Klinke: Krankenhaus im Wandel. In: WZB-Mitteilungen, Berlin Sept. 2006, S. 6 ff.

29 Im übrigen waren es die Krankenhausesarbeitgeber, die ab 2002 verstärkt aus dem bestehenden Tarifsysteem auszusteigen begannen, um den Spar- und Ökonomisierungsdruck insbesondere durch die Fallpauschalenfinanzierung als Personalkostenenkungen weitergeben zu können. –Vgl. Handelsblatt, 17.09.2002; Stuttgarter Zeitung, 18.09.2002 und Die Welt, 17.09.2002.

30 Vgl. Süddeutsche Zeitung, 2./3.9.2006 und 23.11.2006 sowie Goeschel, Albrecht: Krankenhäuser als Widerstandsnester: Innovative Produkte statt Gang an die Börse. A.a.O. sowie Wehkamp, Karl-Heinz: Krankenhaus – Wirklichkeit und Perspektiven. In: Sozialverband VdK-Bayern: Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten? München 2001, S. 87 ff.

**Übersicht 10:**  
**Kostenstruktur der Krankenhauswirtschaft**  
**in**  
**Deutschland**  
**1993 - 2003**

Kostenanteile /	Anteil der Kostenarten an den Gesamtkosten Prozent	
	1993	2003
Kostenarten		
Personal- kosten	67,5	65,8
Sach- kosten	31,6	33,8
Sonstige Kosten	0,9	0,4

Quelle: Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhaus-Report '95, Stuttgart/Jena 1995, S. 253 und Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005, Stuttgart/New York 2006, S. 261.

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

Wenn man an diesem enormen Personalkostenvolumen ansetzt, dann kann man in der Krankenhauswirtschaft auch enorme Sparerfolge und Profiraten erzielen – und so wird in der Krankenhauswirtschaft auch gehandelt.

Bei einer Steigerung der Fallzahlen, d.h. der Umsatzbasis zwischen 1993 und 2003 um 12 Prozent wurden gleichzeitig die Beschäftigtenzahlen, d.h. die Kostenbasis um knapp 6 Prozent gesenkt (Übersicht 11).

Diese enorme Produktivitätssteigerung der Krankenhausarbeit, die als Budgetierung den Krankenkassen und als Ertragsteigerung den Kommunalhaushalten bzw. Klinikkonzernen zugute kam, hat allerdings auch zu einem enormen Zeitdruck auf das ärztliche und pflegende Personal und auf die Patientinnen und Patienten geführt. Die erzielte Steigerung der Behandlungsgeschwindigkeit um bald 30 Prozent bedeutet umgekehrt eine entsprechende Verkürzung von Anpassungs- und Übergangszeiten für die Patientinnen und Patienten.<sup>31</sup>

Schon mit den Reformgesetzen zu Anfang der neunziger Jahre haben die Krankenhäuser eine breite Palette von Maßnahmen zur besseren Ausnutzung von weniger Personal eröffnet. Diese reichen von Standortschließungen und

Fachabteilungsaufösungen, aber auch Fachabteilungserweiterungen<sup>32</sup> über 60 Stunden Wochenarbeitszeiten bei den Ärztinnen und Ärzten<sup>33</sup> einerseits und Outsourcing bis zur missbräuchlichen Beschäftigung von Zivildienstleistenden und Ein-Euro-Jobbern durch börsennotierte Klinikkonzerne andererseits.<sup>34</sup>

Eine besonders elegante Form der Bestausnutzung des Krankenhauspersonals ist die bevorzugte Gewinnung und Behandlung weniger aufwendiger Erkrankungsfälle. Hier können dann mit wenig Personal eine besonders hohe Zahl von Fällen abgearbeitet und vor allem abgerechnet werden<sup>35</sup>.

Unbestreitbar ist andererseits, dass in der Krankenhausversorgung ein erheblicher Bedarf an Ablaufverbesserung besteht, der auch die Behandlungsqualität erhöht.<sup>36</sup>

Vergessen wir aber nicht, bis zum Jahre 2020 wird der Anteil der 65 und mehr Jahre alten Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern von 1998 34 Prozent auf dann reichlich 45 Prozent gestiegen sein.

31 Vgl. Süddeutsche Zeitung 29.08.2005.

32 Vgl. Asmuth et al.: Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf das Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung. In: Das Krankenhaus, 4/1998, S. 181 ff; Kühn/Klinke: A.a.O., sowie Kühn, Hagen: Geld und Gesundheit. In: WZB-Mitteilungen, Sept. 2001.

33 Vgl. Kühn et al.: Empirische Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen. In: Hessisches Ärzteblatt 11/2005, S. 742 ff.

34 Vgl. Der Spiegel, 18/2005 und Frankfurter Allgemeine Zeitung, 12.01.2005.

35 Eine Untersuchung zur unterschiedlichen Personalinanspruchnahme nach Kliniktagen zeigt, dass die Privatkliniken eine besonders hohe Zahl von Pflegetagen je Vollkraft aufweisen. - Vgl. Gerste, Bettina: a.a.O., S.296.

36 Vgl. Süddeutsche Zeitung, 25./26.02.2001

Übersicht 11:

**Personalabbau und Behandlungsbeschleunigung  
in den Krankenhäusern  
in Deutschland  
1993 - 2003**

<b>Jahre</b> <b>Krankenhaus-</b> <b>kennzahlen</b>	<b>Entwicklung der Krankenhauskennzahlen 2003 gegenüber 1993</b>  <b>Prozent</b>
Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner	+ 12,0
Krankenhausvoll- kräfte im Jahresdurchschnitt	- 5,8 <sup>1)</sup>
Krankenhausverweil- dauer in Tagen je Behandlungsanfall	- 29,0

1) Ärztlicher Dienst: + 19,3 Prozent  
2) Pflegender Dienst: - 3,8 Prozent

Quelle: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005, Stuttgart/  
New York 2006, S. 239.

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

Es werden dann nicht mehr 5,5 Millionen Behandlungsfälle in diesem Alter, sondern 8,5 Millionen Behandlungsfälle in diesem Alter sein (Übersicht 12).

und Patienten<sup>36</sup> wird sich auch angesichts der drohenden Rente mit 67-Altersarmut dann noch weiter dramatisieren.

Die in der gesamten Krankenhausreform und Gesundheitsreform angelegte Unterscheidung zwischen „kurativen“ und „nicht kurativen“ Patientinnen

**Übersicht 12:**

**Älterenzunahme an den Krankenhauspatienten  
in Deutschland  
1998 - 2020**

Anteile Patienten/innen	Anzahlen und Anteile der Patienten/innen im Alter von 65 und mehr Jahren an allen Krankenhauspatienten/innen	
	1998	2020
Millionen	5,45	8,45
Prozent	34,2	45,8

Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen, Berlin 2001.

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

36 Vgl. Süddeutsche Zeitung, 21.12.2006.

---

**Prof. Albrecht Goeschel**

---

Welch eine Gesinnung sich mittlerweile im politischen System gegenüber dem beschriebenen Gegensatz von Exportexzess und Behandlungsqualität ausgebreitet hat, trug ein Herr Eike Hovermann, Bundestagsabgeordneter für die Sozialdemokratie und Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundestages, im Sommer des vergangenen Jahres in der Verbandszeitschrift der Privaten Krankenversicherung vor. Er plädierte für eine „ehrliche“, d.h. offene Debatte über das Thema „Rationierung“ von Krankenhausleistungen.<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Vgl. Eike Hovermann: „Plädoyer für eine ehrliche Rationierungsdebatte: Zur Künftigen Entwicklung der stationären Versorgung“. In: PKV Publik, 6/2006, S. 68 ff.