

PROF. ALBRECHT GOESCHEL
STAATLICHE UNIVERSITÄT ROSTOV/DON
DIREKTOR
DER
ACCADEMIA ED ISTITUTO
PER LA
RICERCA SOCIALE
TENNO A. GARDASEE

ANSCHRIFT IN DEUTSCHLAND:
83250 MARQUARTSTEIN A. CHIEMSEE
STAUDACHER STRASSE 14
TELEFON
08641 - 71 30
TELEFAX
08641 - 63242
INTERNET
www.prof-goeschel.com/mail@prof-goeschel.com

EXPORT- TERROR GEGEN DEN SOZIALSTAAT:

**WIRTSCHAFTSKONZEPT DES POLITISCHEN SYSTEMS
ZERSTÖRT
SOZIALE ORDNUNG IN DEUTSCHLAND**

-

Überarbeiteter Vortrag zum VdK-Forum
Die demographische Täuschung:
Bevölkerungswandel als Vorwand für eine Politik der Verarmung
Schloß Tutzing
22.03.2007

1. Gesundheitswesen : Vom „Kostenfaktor“ zur Steuerquelle

Die Große Koalition behauptet hartnäckig, insbesondere im Zusammenhang ihrer durchgeboxten Gesundheitsreform, sie wolle die Steuerfinanzierung der Gesundheitsversorgung ausbauen und nachhaltiger machen. Die Anzeichen deuten allerdings sehr darauf hin, dass das Politische System genau das Gegenteil betreibt. Es finanziert nicht die Gesundheitsversorgung aus dem Steuerhaushalt, sondern benutzt die Gesundheitsversorgung immer umfassender als Steuerquelle für seine eigenen Zwecke

In Anbetracht von etwa 250 Milliarden Euro Umsatz und in Anbetracht von über 4 Millionen Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft ist das aus Politikerinnen - wie Politikersicht auch gar keine so schlechte Idee. Diese gute Idee ist natürlich nicht unentdeckt geblieben und es gibt mittlerweile etliche Veröffentlichungen die aufzeigen, wie diese Idee insbesondere im Zuge der Gesundheitsreform vorangekommen ist und wie sich diese Idee weiter breitmacht.

In der Tat hat das Wettbewerbsstärkungsgesetz die Umwandlung des herkömmlichen korporatistischen Gesundheitswesens in eine kommerzielle Gesundheitsbranche und damit in eine Steuerquelle weiter beschleunigt und vor allem treibt das Wettbewerbsstärkungsgesetz die paar noch verbliebenen Sozialkassen in eine zunehmende Ähnlichkeit mit den Privatkassen - Stichwort : Wahltarife - und damit schnurstracks in die Steuerfalle

2. Exportexzesse : Ursache für Einbrechen der Massensteuern

Es wurde schon gesagt: Die solidarische Gesundheitsversorgung wird zur staatlichen Steuerquelle. Noch nicht gesagt wurde, dass dies vor allen auch ein Kollateralschaden der Politik der Exportexzesse der vormaligen und der gegenwärtigen Koalition ist.

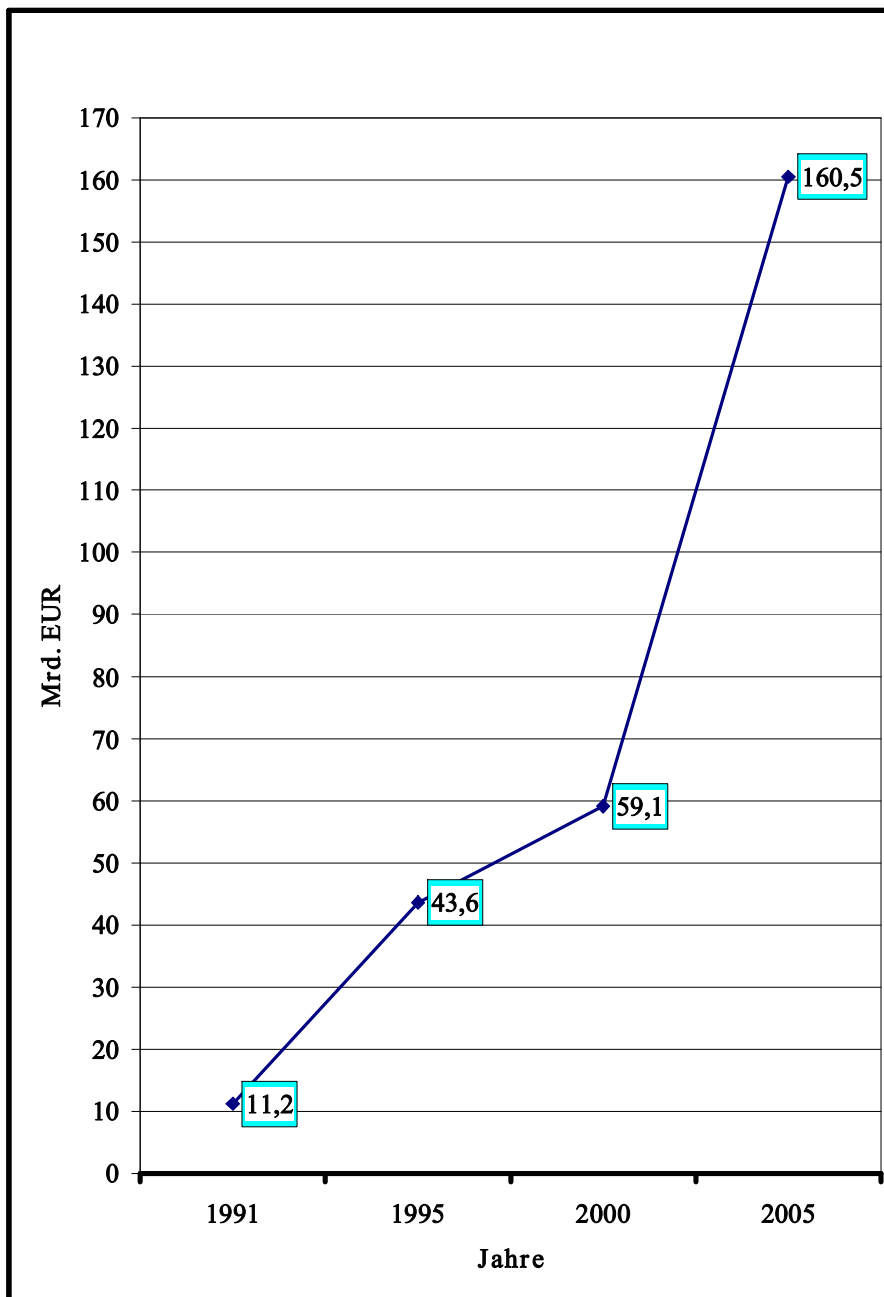
Es ist mittlerweile Alltag in Deutschland, dass die Masseneinkommen stagnieren während die Unternehmensgewinne und die Selbständigeneinkommen expandieren, dass die Inlandsnachfrage zurückbleibt während der Außenüberschuß Rekorde über Rekorde erzielt. Warum betreibt dann aber das Politische System immer noch weiter

eine geradezu fanatische Politik der Liberalisierung und der Privatisierung – Stichwort : Rente 67 und Kapitaldeckung der Sozialsicherung. Vor der Beantwortung dieser Frage empfiehlt sich ein Blick auf die Zahlen.

Übersicht 1: Exportexzeß in Deutschland 1991 - 2005

.

Übersicht 1:
Exportexzeß*
in
Deutschland
1991-2005



Grafik: Markus Steinmetz

* Ausführüberschuss

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

Wie man sieht, ist der Exportüberschuß der deutschen Wirtschaft von rund 60 Milliarden Euro im Jahre 2000 auf reichlich 160 Milliarden Euro im Jahre 2005 also um rund 270 Prozent hochgeschossen. Für das vergangene Jahr wird ein noch höherer Exportüberschuß berichtet. Dieser hierzulande stets als Erfolg verkaufte und auch von vielen Verbänden der Arbeit, des Sozialen und der Gesundheit in seiner ganzen Giftigkeit gar nicht erkannte Exportexzeß ist durch seine Steuerfolgen in Wahrheit ein Tiefschlag für unsere Sozialsicherung und für unsere Gesundheitsversorgung. Warum ?

Zunächst einmal wurden diese Exportüberschüsse, wie mittlerweile allseits bekannt, mit stagnierenden Arbeitseinkommen, mit Arbeitsplätze-Zerfledderung und mit Hocharbeitslosigkeit erkaufte. Entsprechend zurückgegangen sind dann auch nicht nur die Sozialbeiträge, sondern auch die Arbeitseinkommen das Lohnsteueraufkommen und das Mehrwertsteueraufkommen.

Dieser abgabenpolitisch verheerende Exportterror, der übrigens zu etwa 60 Prozent die europäischen Nachbarn trifft, hat noch eine weitere, ganz unmittelbare steuerliche

Negativwirkung : Die im Jahre 2005 netto exportierten 160 Milliarden Euro deutsche Wertschöpfung wurden nicht in Deutschland, sondern wurden im Ausland verbraucht und wurden nicht in Deutschland, sondern wurden im Ausland verbrauchsbesteuert. Ganz grob geschätzt kostete also der Exportexzess des Jahres 2005 etwa 26 Milliarden Euro entgangene Mehrwertsteuer.

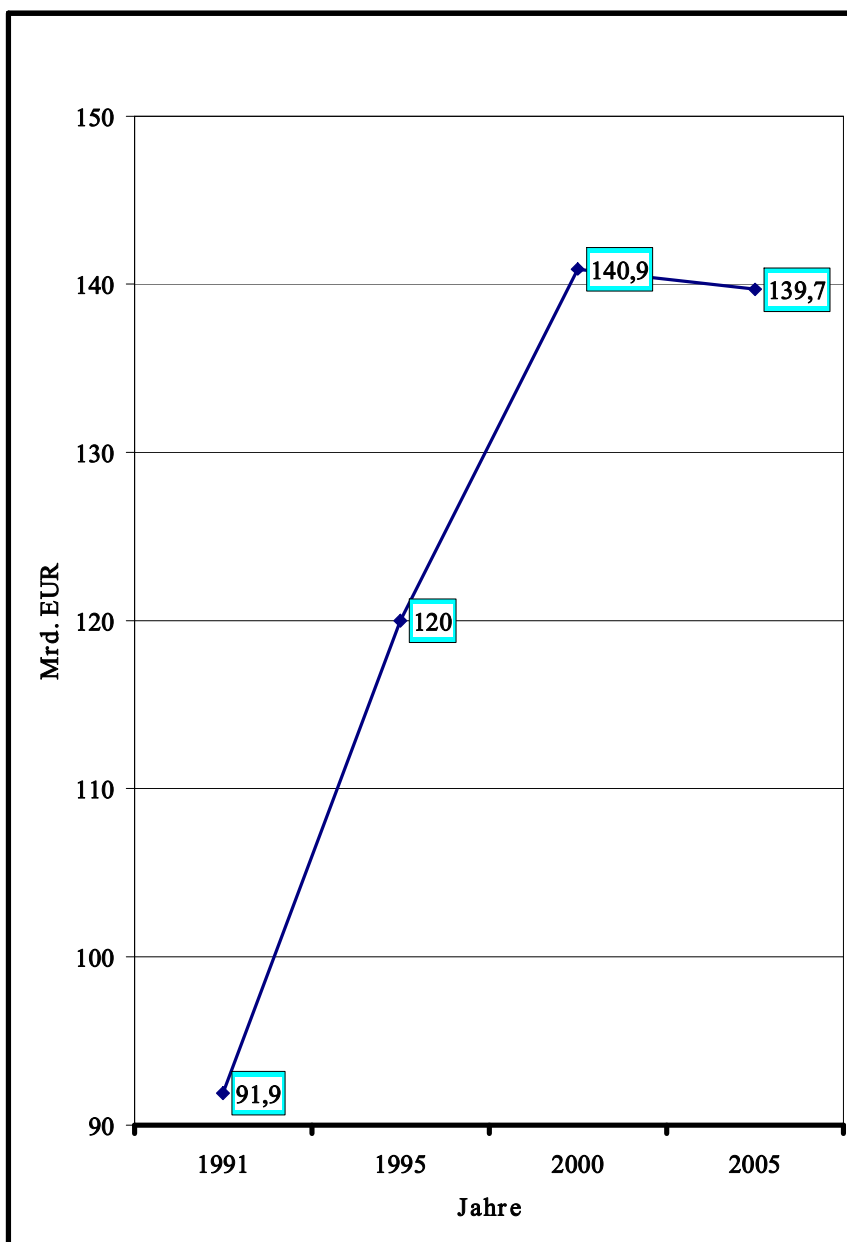
Übersicht 2 : Umsatzsteuerstagnation in Deutschland 1991 – 2005

Gerade die Stagnation des Mehrwertsteueraufkommens zeigt, welchen Preis die deutsche Bevölkerung für diese Politik der Exportexzesse, gerne auch als „Globalisierung“ bezeichnet, zu zahlen hat.

:

Übersicht 2:

Umsatzsteuer stagnation in Deutschland 1991-2005



Grafik: Markus Steinmetz

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

3. Patentlösung : Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung

Wie aber finanziert sich das Politische System nun trotz des dramatisch rückläufigen Lohnsteueraufkommens ,trotz des dramatisch rückläufigen Mehrwertsteueraufkommens und trotz der generösen Steuerverzichte zugunsten von Großunternehmen ? Ganz einfach.

Zunächst einmal sind da die sogenannten „Versicherungsfremden Leistungen.“ Hier lässt das Politische System staatliche Aufgaben durch die Sozialversicherungssysteme erledigen und aus Beitragsmitteln finanzieren : Umfang derzeit 65-70 Milliarden Euro jährlich.

Übersicht 3 : Finanzierung von Staatsaufgaben aus der Sozialversicherung in Deutschland 2005

Übersicht 3:
**Finanzierung von Staatsaufgaben
 aus der
 Sozialversicherung in Deutschland
 2005**

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

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.

Vor allem aber finanziert sich das Politische System aus einer Quelle, die es ansonsten tagein und tagaus und früh und mittags und abends als „Kosten“ denunziert : Das Politische System finanziert sich mit 80 bis 110 Milliarden Euro, je nach Berechnung, aus der Mehrwertsteuerabschöpfung der Sozialeinkommen bzw. der damit gedeckten Verbrauchsausgaben.

Übersicht 4 : Mehrwertsteuer-Abschöpfung der Sozialeinkommen in Deutschland 2003

Nach der neuesten Gesundheitsreform verschafft sich das Politische System mit der Kommerzialisierung und der Privatisierung der Gesundheitsversorgung eine weitere Quelle für Steuereinnahmen aus dem Sozialbereich. Die Vollbesteuerung von Arzneimitteln ist hier wohl die Richtschnur. So wird der Exportterror nicht nur gegen die europäischen Nachbarn sondern auch gegen die deutsche Bevölkerung selbst praktiziert.

Nachfolgend ist nur eine kleine Liste derjenigen Regelungen zusammengeschraubt, mit denen das sogenannte Wettbewerbsstärkungsgesetz das korporatistische

Gesundheitswesen in eine kommerzielle Gesundheitsbranche und damit in ein monumentales Besteuerungsobjekt umbaut.

Übersicht 5 : Erschließung der Gesundheitswirtschaft als Besteuerungsobjekt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Übersicht 4:

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

Mehrwertsteuer Sozialeinkommen	Einkommen Mrd. EUR	Besteuerung Mrd. EUR ²⁾
Einkommens- leistungen	472,6	75,6
Sachleistungen ¹⁾	198,3	31,7
Zusammen	670,9	107,3

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.

Übersicht 5:

**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
- Anordnung oder Eingliederung dienstleistender und steuerpflichtiger Einrichtungen für alle Leistungsanbieter und Kostenträger (Telematik, Qualitätskontrolle, Regionalindikatoren, Service)
- Differenzierte umsatzsteuerliche Bewertung bisher umsatzsteuerbefreiter Leistungen
- Etc.

4. Kostendämpfung im Krankenhaus : Einflugschneise für Privatisierung und Besteuerung

Selbstredend war und ist es die Krankenhausversorgung in Deutschland, die allein schon wegen ihres Volumens von derzeit rund 68 Milliarden Euro als Erprobungsgelände und als Hauptkriegsschauplatz der vormaligen Kostendämpfungspolitik und der nunmehrigen Kommerzialisierungs-, Privatisierungs- und Besteuerungspolitik dient. Es gibt eine ganze Reihe von Untersuchungen die nachzeichnen, dass es die von den sogenannten Spitzenverbänden der Krankenversicherung im Verein mit diversesten Bundesregierungen vorrangig gegen die Krankenhausversorgung betriebene jahrzehntelange Kostendämpfungspolitik war, die dann als Abwehrreaktion bei den Krankenhäusern eine zunehmende Ökonomisierung und Kommerzialisierung ausgelöst hat.

Durch diese Ökonomisierung und Kommerzialisierung sind aber die Krankenhäuser erst reif für die derzeitige Welle der Privatisierungen und für die sich verschärfende Besteuerungspraxis geworden. Das hauptsächliche Gefahrenpotential für die bisherige Art einer korporatistisch-ethischen Krankenhausversorgung und ihre humane

Grundqualität liegt dabei in der spezifischen Struktur der Krankenhauswertschöpfung selbst.

Eine Wertschöpfung, bei der der Arbeitseinsatz etwa 65 Prozent des Gesamteinsatzes ausmacht, gegenüber einem Anteil des Arbeitseinsatzes von nur 25 Prozent in der gewerblichen Wirtschaft, zieht gewinnsuchendes Investitionskapital geradezu magisch an. Dies gilt vor allem dann, wenn zuvor schon eine Kostendämpfungspolitik die Wege extensiver Ausnutzung der Krankenhausbeschäftigten vorgezeichnet und die entsprechenden Pfade breitgetrampelt hat.

5. Gewinnorientierte Krankenhauswirtschaft : Personalreduzierung und Patientenbeschleunigung

Was eine vom politischen System auf der Jagd nach neuen Steuerquellen angetriebene und von Gewinnphantasien der Gesundheitskonzerne angelockte weitere Privatisierung der Krankenhausversorgung für deren Qualität für Folgen haben wird, können wir schon jetzt erahnen. Schon im zurückliegenden Jahrzehnt bedeutete Fällesteigerung, sprich Einnahmesteigerung bei Personalabbau sprich Ausgabensenkung für die Patienten

„Behandlungsbeschleunigung“ mit allen längst bekannten Folgen.

Übersicht 6 : Personalabbau und Behandlungsbeschleunigung
in den Krankenhäusern in Deutschland
1993 - 2003

**6. Alterung der Patientenschaft : Demographische
Schranke für Turbobehandlung**

Behandlungsbeschleunigung in der Krankenhausversorgung, sei es als Resultat von Kostendämpfung oder sei es als Resultat von Profitstreben, stößt in der gesellschaftlichen Wirklichkeit auf den Umstand, dass die Anzahl und der Anteil älterer Patientinnen und älterer Patienten an den Krankenhausfällen in Deutschland stark ansteigen werden.

Damit sind bei Strafe weiterer dramatischer Qualitätsverluste der Krankenhausversorgung einer ungebremsten Behandlungsbeschleunigung echte und nicht nur vorgetäuschte demographische Grenzen gesetzt.

Übersicht 7 : Älterenzunahme an den Kranken –
hauspatienten in Deutschland 1998-2020

Übersicht 6:

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

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

1) Ärztlicher Dienst: + 19,3 Prozent

2) Pflegerischer Dienst: - 3,8 Prozent

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

Übersicht7:

**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.

7. Wollen Politiker Notstandsgesetze gegen die älteren Patienten ?

Für den sehr wahrscheinlichen Fall, dass die Politik des Exportterrors und die Politik der Staatsfinanzierung aus einer privatisierten Gesundheitsversorgung nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, hat das Politische System noch ganz andere Lösungen parat. Diese präsentierte uns bereits im Sommer 2006 und im Lobbymagazin der Privatversicherer ein Herr Eike Hovermann, Bundestagsabgeordneter und Mitglied des „Gesundheitsausschusses“ des Bundestages. Dieser Herr Hovermann fordert eine offene und ehrliche Debatte über das Thema „Rationierung“ von Krankenhausbehandlung und damit vor allem von Krankenhausbehandlung der Älteren. Solche Ideen sind der Grund, warum man von Exportterror gegen die eigene Bevölkerung sprechen muss.