

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE - STAUDACHER STRASSE 14
Telefon: 08641 - 71 30 - Telefax: 08641 - 63 242

Texte zur Krankenkassenforschung

Albrecht Goeschel

**DIE SELBSTWAHRNEHMUNG DER
KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER
ALS
FAKTOREN DES WIRTSCHAFTSKREISLAUFES
UND DER
BESCHÄFTIGUNGS::::::::::::**

Dargestellt am Beispiel der Ortskrankenkassen

15. Dezember 1989

Vortrag
am
Sonderforschungsbereich 333
Entwicklungsperspektiven von Arbeit
der
Universität München
15. Dezember 1989

Vorbemerkung

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Marquartstein) ist ein gemeinnütziges Institut für Forschung, Entwicklung und Beratung.

Das Institut ist Mitte der sechziger Jahre gegründet worden und seit Mitte der siebziger Jahre im gesamten Bundesgebiet mit Untersuchungen zur regionalen Gesundheitsversorgung und zur regionalen Krankenversicherung tätig. Daneben befaßte und befaßt sich die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. mit Wirtschafts- und Marktforschung, Verwaltungsforschung, Landesplanung, Stadtsanierung und Gemeindeentwicklung, Energiebedarfsplanung, Wohnungsversorgung sowie Bildungs- und Informationswesen.

Das Institut geht davon aus, daß die absehbare Entwicklung in der sozialen Krankenversicherung und im gesamten Gesundheitswesen auch für die gesamte Volkswirtschaft, die gesellschaftliche Ordnung und für alle Ebenen des Staatswesens von hoher Bedeutung sein wird. Ein Gesamtetat von mittlerweile etwa 170 Milliarden Mark in der sozialen Krankenversicherung und eine Gesamtzahl von über 2 Millionen Erwerbstätigen im Gesundheitswesen sind eine entscheidende wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Größe.

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat sich daher im Frühjahr 1984 entschlossen, in unregelmäßiger Folge Texte zur Krankenkassen-Forschung herauszubringen, die sich mit wichtigen Zukunftsfragen der sozialen Krankenversicherung beschäftigen.

In der vorliegenden Untersuchung wird gefragt, ob die Krankenversicherungsträger, beispielhaft die Ortskrankenkassen ihre erhebliche gesamtwirtschaftliche Bedeutung überhaupt wahrnehmen und wenn ja, ob dieses Selbstbild dann auch angemessen ist. Gefragt wird auch nach den Gründen für Fehlwahrnehmungen.

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.

Marquartstein, 15. Dezember 1989

Inhalt**Seite****Einleitung**

1.	Die gegenwärtige sozialökonomische und gesundheitsökonomische Diskussion als Maßstab für Problemsicht, Konzeptbildung und Modellierung bei den gesundheitspolitischen Akteuren	7
1.1.	Sozialsicherung und Raumordnung als Voraussetzungsfaktoren von Wagnisfähigkeit, Wagnisbereitschaft und Wirtschaftswachstum	7
1.2.	Nutzen und Kosten als Nettoergebnis von Sozialsicherung und Raumordnung	8
1.3.	Wirtschaftskreislauf und Regionalentwicklung als nichtgesundheitliche Wirkungsbereiche der Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung	10
1.4.	Vorrang der Finanzierungssicherung vor der Kostensteuerung in der Gesundheitsversorgung	12
1.5.	Paradigmenwandel in der sozialökonomischen und gesundheitsökonomischen Diskussion als Mindestanforderung an die Problemsicht, Konzeptbildung und Modellierung der gesundheitspolitischen Akteure	14
2.	Wahrnehmungsstrukturen der Wechselbeziehungen von Sozialsicherung, Gesamtwirtschaft und Beschäftigung bei den Krankenversicherungsträgern	16
2.1.	Lücke im Selbstverständnis der Ortskrankenkassen	16
2.2.	Selbstwahrnehmung der Ortskrankenkassen als Faktor von Wirtschaft und Beschäftigung	17
2.2.1.	Die Ortskrankenkassen als Finanzierungsträger für die Herausbildung einer eigenständigen Gesundheitswirtschaft	17
2.2.2.	Die Ortskrankenkassen als Träger von Investitionsfunktionen für die Gesundheitswirtschaft für die Gesamtwirtschaft	19
2.2.3.	Die Ortskrankenkassen als Partner öffentlich-	21

	rechtlicher Verträge mit investiven Wirkungen	
2.3.	Selbstdarstellung der Ortskrankenkassen als Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor in der Region	22
2.4.	Ausblendung der Beschäftigtenwirkungen und Selbstfinanzierungswirkungen der Gesundheitsaufwendungen aus der Wahrnehmung der Ortskrankenkassen	24
3.	Das institutionelle Bestandsinteresse als strategische Variable für die Wahrnehmung von Wechselbeziehungen zwischen Krankenversicherung, Kostendämpfung und Bschäftigung	28

Einleitung

Daß das Gesundheitswesen ein Wirtschaftsbereich mit hoher Bedeutung für die Beschäftigungsentwicklung ist, war in der gesundheitspolitischen Diskussion lange Jahre ein tabuiertes Thema. Weder die seit Mitte der siebziger Jahre vorherrschende Kostendämpfungspolitik noch die sich als Gegenspieler verstehende Reform- und Alternativpolitik haben die arbeitsmarktlichen und die gesamtwirtschaftlichen Kreislaufwirkungen von Gesundheitswesen und Krankenversicherung in den Radius und vor allem das Zentrum ihrer Argumentationen aufgenommen. Die Kostendämpfungspolitik konnte dies nicht, weil sie vom Grundansatz her auf einer einseitigen Verkürzung der Gesundheitsaufwendungen zu einzel- und gesamtwirtschaftliche Kostenbelastungen, weil sie auf einer Ausblendung der gesundheits- und gesamtwirtschaftlichen Nutzenwirkungen dieser Gesundheitsaufwendungen beruht.

Die Reform- und Alternativpolitik wollte die arbeitsmarktlichen und die gesamtwirtschaftlichen Kreislaufwirkungen von Gesundheitswesen und Krankenversicherung in ihre Argumentation nicht einbeziehen, weil dies ihrem Grundverständnis der Gesundheitsversorgung als eines außerökonomisch zu steuernden Bereiches widersprochen hätte. *)

Gleichwohl kann mittlerweile in der wissenschaftlichen Diskussion eine wachsende Aufmerksamkeit für die nichtgesundheitslichen Wirkungen und Nebenwirkungen der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung insbesondere auch in Bezug auf die Beschäftigungsentwicklung registriert werden. Eine Zwischenbilanz der Wahrnehmungsstrukturen bei wichtigen gesundheitspolitischen Akteuren gegenüber den Beschäftigungswirkungen der Gesundheitsversorgung und der Kostendämpfung ist unter diesen Umständen eine wichtige Voraussetzung dafür, daß die wissenschaftliche Untersuchung dieser Beschäftigungswirkungen in ihre eigenen Untersuchungskonzepte nicht unbemerkt und ungewollt die Wahrnehmungs- und Ausblendungsstrukturen der gegenwärtigen Gesundheitspolitik übernimmt. Gleichzeitig bietet eine solche Zwischenbilanz auch Hinweise darauf, auf welchen Wahrnehmungs- und Ausblendungsstrukturen gerade diejenigen Entscheidungen der gesundheitspolitischen Akteure fußen,

*) In Frage gestellt wurde das gesundheitspolitische Tabu der arbeitsmarktlichen und gesamtwirtschaftlichen Kreislaufwirkungen von Gesundheitswesen und Krankenversicherung erstmals deutlich zu Beginn der achtziger Jahre, als die damals neu gegründete tägliche Ärzte Zeitung in einer Serie von Leitartikeln diese Zusammenhänge aufgriff.

die zwar beschäftigungsbedeutsam sind, die mit dieser Eigenschaft von den gesundheitspolitischen Akteuren aber nicht thematisiert werden.

Eine Darstellung der Wahrnehmungsstrukturen von Beschäftigungswirkungen der Gesundheitsversorgung und der Kostendämpfung bei den gesundheitspolitischen Akteuren wird nachfolgend in drei Schritte versucht: Erstens wird skizziert, was die gesundheitspolitischen Akteure nach dem gegenwärtigen Stand des Wissens an Problemsicht, an Konzeptbildung und an Modellierung bezüglich der Beschäftigungswirkung des Gesundheitswesens und insbesondere der Kostendämpfung eigentlich aufweisen müßten. Zweitens wird am Beispiel der Ortskrankenkassen aufgezeigt, ob und wie diese Beschäftigungswirkungen des Gesundheitswesens, insbesondere der Kostendämpfung, dort auf der programmatischen Ebene wahrgenommen, gewußt und behandelt werden. Drittens werden einige Anmerkungen zu den strategischen Variablen gemacht, bei deren Veränderungen sich im Bereich der Krankenversicherung eine angemessenere Wahrnehmung und eine verstärkte Berücksichtigung der Beschäftigungswirkungen des Gesundheitswesens durchsetzen könnten.

1. Die gegenwärtige sozialökonomische und gesundheitsökonomische Diskussion als Maßstab für Problemsicht, Konzeptbildung und Modellierung bei den gesundheitspolitischen Akteuren

Die gegenwärtige sozialökonomische, teilweise auch die gesundheitsökonomische Diskussion sind, unter dem Blickwinkel der gesamtwirtschaftlichen Wirkungen von Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung, durch einige Kernthemen geprägt, die zugleich auch Maßstäbe für den Stand der Problemsicht, der Konzeptbildung und der Modellierung bei den gesundheitspolitischen Akteuren sind.

1.1. Sozialsicherung und Raumordnung als Voraussetzungs-faktoren von Wagnisfähigkeit, Wagnisbereitschaft und Wirtschaftswachstum

Es ist davon auszugehen, dass in der Sozial- und Gesundheitsökonomie ein deutlicher Paradigmenwandel stattgefunden hat.¹ Bei diesem Paradigmenwandel hat sich insbesondere das herkömmliche Bild der Sozialpolitik als nachträgliche Umverteilung zugunsten der Benachteiligten des Marktprozesses bzw. als unergiebig-e Einschränkung der Begünstigten des Marktprozesses deutlich verändert. Heute beinhaltet das Paradigma der Sozialpolitik eine im Wohlfahrtsstaat gewollte und geplante Schaffung und Erhaltung von Verlässlichkeit und Handlungsmöglichkeit durch Sozialsicherung und Raumordnung. Sozialpolitik und Wohlfahrtsstaat bedeutet heute interpersonelle, intergenerationale und interregionale Umverteilung als Voraussetzung für Wagnisfähigkeit, Wagnisbereitschaft und damit Wirtschaftswachstum.² Sozialsicherung und Raumordnung verfolgen dabei das gleiche Ziel der Eröffnung bzw. Offenhaltung

¹ Vgl. Goeschel, Albrecht: Die Bedeutung der Älteren für die Regionalentwicklung und die Regionalwirkung der Sozialtransfers. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (Hrsg.): Die ergraute Gesellschaft, Berlin 1987, S. 287 sowie Krupp, Hans-Jürgen: Zur Begründung und zur Praxis des Wohlfahrtsstaates. In: Rolf, Spahn, Wagner (Hrsg.): Sozialvertrag und Sicherung, Frankfurt/Main 1988, S. 494.

² Vgl. Hauser, Richard: Zum Problem der staatlichen Produktion von Verlässlichkeit bei langen Zeiträumen - Möglichkeiten und Grenzen der Gewährleistung sozialer Sicherheit bei schwachem Wirtschafts- und Bevölkerungswachstum. In: Rolf, Spahn, Wagner (Hrsg.), a.a.O., S. 148 ff.; Havemann, Robert: Soziale Sicherungssysteme und ihre Wohlfahrtseffekte - Ein Versuch ihrer Bilanzierung. In: Rolf, Spahn, Wagner (Hrsg.), a.a.O., S. 260 ff., Rolf, Spahn, Wagner: Wirtschaftstheoretische und sozialpolitische Fundierung staatlicher Versicherungs- und Umverteilungspolitik. In: Rolf, Spahn, Wagner (Hrsg.), a.a.O., S. 15 ff., S. 20 ff. und S. 26 ff.; Sinn, Hans-Werner: Gedanken zur volkswirtschaftlichen Bedeutung des Versicherungswesens. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Berlin (1988), H. 1, S. 1 ff. sowie Zapf, Wolfgang: Individualisierung und Sicherheit. In: Rolf, Spahn, Wagner (Hrsg.), a.a.O., S. 374 ff.

von Entwicklungschancen mit den Mitteln einzelbezogener Sozialleistungen bzw. gebiets- und gruppenbezogener Strukturbeeinflussung,³

Unsichere Ereignisse und Entwicklungen wie Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit, Überschreiten der Altersgrenze, Arbeitslosigkeit, Konjunktur- und Wachstumsschwankungen, Umweltveränderungen oder ungenügende Handlungsmöglichkeiten wie zurückbleibende Wirtschafts- und Finanzkraft oder ungleichwertige Lebensverhältnisse sollen durch Sozialsicherung und Raumordnung abgefangen und ausgeglichen werden. Sozialsicherung und Raumordnung, Versicherung und Umverteilung sollen Verlässlichkeit und Handlungsmöglichkeit schaffen.⁴ Dadurch soll den einzelnen Wirtschafts- und Gesellschaftssubjekten die Möglichkeit gegeben und die Furcht genommen werden, "erfolgreiche aber riskante" Chancen zu nutzen.⁵

1.2. Nutzen und Kosten als Nettoergebnis von Sozialsicherung und Raumordnung

Ein besonders wichtiger Aspekt dieses Paradigmenwandels in der sozial- und gesundheitsökonomischen Diskussion ist eine deutliche Erweiterung und Veränderung der ökonomischen Bilanzierung der Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung. So hat sich zunächst im Verlauf der wissenschaftlichen und politischen Auseinandersetzungen über die Neubewertung und Neuordnung von Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung eine ausgeprägte Asymmetrie der Argumentation gezeigt. Herausgehoben wurden vor allem die tatsächlichen oder vermeintlichen ungünstigen Nebenwirkungen des bestehenden Systems der sozialen Sicherung und in den Hintergrund gestellt blieben die erkennbaren ungünstigen Nebenwirkungen eines Zustandes mit verringerter oder stark veränderter sozialer Sicherung.⁶ Ein wesentliches Kennzeichen dieser asymmetrischen Diskussion über die Sozialsicherung war und ist teilweise noch die ein-

³ Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung. In: Die Ortskrankenkasse, Bonn (1987), H. 9/10, S. 266 ff.; Hauser, Richard, a.a.O., S. 152 ff., Spahn, Kaiser: Soziale Sicherheit als öffentliches Gut? - Zur Problematik der Steuerfinanzierung sozialer Sicherung. In: Rolf, Spahn, Wagner (Hrsg.), a.a.O., S. 195 ff., bes. S. 207 ff.

⁴ Vgl. Hauser, Richard, a.a.O., S. 162 ff.

⁵ Vgl. Sinn, Hans-Werner: Die Grenzen des Versicherungsstaates - Theoretische Bemerkungen zum Thema Einkommensumverteilung, Versicherung und Wohlfahrt. In: Rolf, Spahn, Wagner (Hrsg.), a.a.O., S. 83.

⁶ Vgl. Wagner, Gert: Zur Notwendigkeit empirischer Analysen für die ökonomische Fundierung staatlicher Versicherungs- und Sozialpolitik. In: Rolf, Spahn, Wagner (Hrsg.), a.a.O., S. 275 ff., bes. S. 289 ff.; Meinhold, Helmut: Zukunfts-Werturteile und Prämissen als Basis heutiger Entscheidungen - Aufgesucht am Beispiel langfristiger Sicherung der Alters-einkommen. In: Rolf, Spahn, Wagner (Hrsg.), a.a.O., S. 241 ff. und Goeschel, Albrecht: Die soziale Krankenversicherung als Träger öffentlicher Investitionen in der Region. In: Raumforschung und Raumordnung, Köln (1984), H. 4/5, S. 141 ff.

seitige und ausschließliche Darstellung der Sozialtransfers als einzel- und gesamtwirtschaftliche Kosten und dies dann auch noch in Bruttogrößen.

Demgegenüber wird in der Literatur schon seit Beginn der achtziger Jahre zumindest eine Saldierung der Kostenwirkungen und der Nutzenwirkungen der Sozialsicherung gefordert.⁷ Vor allem wird auch darauf hingewiesen, daß die gegenwärtige Ausgestaltung der Sozialsicherung keineswegs produktivitätsvermindernd, sondern vielmehr produktivitätssteigernd wirkt. Sie ist es, die erst die Voraussetzung für die Realisierung produktiver, wenngleich riskanter Chancen schafft und damit zu einer angemessenen Verwertung der Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital beiträgt und auf diesem Wege und wegen der damit verbundenen Wachstumseffekte auch noch die umverteilbare Verfügungsmasse vergrößert.⁸ In der Literatur werden eine ganze Reihe von Nutzenwirkungen der gegenwärtigen Sozialsicherung herausgestellt, die gegenüber den vermeintlichen oder tatsächlichen Kostenwirkungen saldiert werden müssen und die nur eine Nettobetrachtung der jeweiligen Seite zulassen:

- Verringerung der Ungewißheit
- Vergrößerung des Humankapitals
- Verringerung von Einkommensunterschieden
- Zuwachs von ökonomischer Stabilität
- Erleichterung des technologischen Wandels
- Verstärkung der sozialen Kohäsion.⁹

In der Literatur wird in diesem Zusammenhang auf den wichtigen Sachverhalt hingewiesen, daß sowohl die Nutzenwirkungen wie auch die Kostenwirkungen der Sozialsicherung ihrerseits nicht gleichmäßig verteilt sind. Vielmehr bestehen diesbezüglich erhebliche Regionalunterschiede, weshalb Nutzenwirkungen der Sozialsicherung Kostenwirkungen für die Raumordnung darstellen können und umgekehrt und weshalb auch eine ungenügende Abstimmung von Sozialsicherung und Raumordnung, etwa in Form einer gegenüber den sozialökonomischen

⁷ Vgl. Berthold, Kulp: Rückwirkungen ausgewählter Systeme der sozialen Sicherung auf die Funktionsfähigkeit der Marktwirtschaft, Berlin 1987, S. 39; Goeschel, Albrecht: Die soziale Krankenversicherung als Träger öffentlicher Investitionen in der Region, a.a.O., Havemann, Robert, a.a.O., S. 260 ff. sowie Transfer-Enquete-Kommission: Das Transfersystem in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981, S. 15 ff. und S. 24 ff.

⁸ Vgl. Sinn, Hans-Werner, a.a.O., S. 65 ff. und Wagner, Gerd, a.a.O., S. 292 ff.

Raumstrukturen überdimensionierten Zentralisierung der Sozialsicherung, hohe Kostenbelastungen innerhalb der Sozialsicherung verursachen kann.¹⁰

Nach diesem Stande der Diskussion dürfte mittlerweile die Problemsicht gegenüber dem Sozial- und Gesundheitswesen bei den gesundheitspolitischen Akteuren nicht mehr wie in den zurückliegenden Jahren allein durch den Gesichtspunkt einzel- und gesamtwirtschaftlicher Kostenbelastungen, sondern müßte diese Problemsicht vor allem auch durch den Gesichtspunkt des Sozial- und Gesundheitswesens als Wachstumsvoraussetzung mit einer breiten Palette von Nutzenwirkungen bestimmt sein.

1.3. Wirtschaftskreislauf und Regionalentwicklung als nichtgesundheitliche Wirkungsbereiche der Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung

Vor allem aber ist die Problemsicht der gesundheitspolitischen Akteure gegenüber dem Sozial- und Gesundheitswesen auch daran zu messen, ob und inwieweit sie die verstärkte Beachtung der nichtgesundheitlichen Wirkungen der Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung, d.h. der externen Effekte dieses Bereiches in der sozial- und gesundheitsökonomischen Diskussion berücksichtigt. So wird heute für die Sozialsicherung insgesamt deren Beitrag zur Konjunkturstabilisierung, zum Regional- und Strukturausgleich, zur Vermeidung von Zinsverfall und Überkapazitäten, zur Investitionsförderung, zur Nachfrage und Beschäftigungsstabilisierung und damit auch zum Wirtschaftswachstum herausgestellt.¹¹ Vor allem aber wird für die Krankenversicherung und für die Gesundheitswirtschaft seit einiger Zeit hervorgehoben, daß die hierfür anfallenden Lohnnebenkosten zwar beschäftigungsmindernd und damit auch finanzierungsmindernd für die Sozialsicherung insgesamt wirken können, daß diese Lohnne-

⁹ Vgl. Havemann, Robert, a.a.O., S. 260 ff.

¹⁰ Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung, a.a.O.; ders.: Sozialtransfers als Faktoren des Ausgleichs oder der Verstärkung regionaler Disparitäten. In: Goeschel, Harms (Hrsg.): Raumordnung und Sozialpolitik. Frankfurt am Main 1988, S. 29 ff. sowie Goeschel, Albrecht: Zentralisierung oder Regionalisierung in der Krankenversicherung als Problem der Sozialordnungspolitik und der Raumordnungspolitik. In: Der Landkreis, Köln (1988), H. 3, S. 111 ff.; Reissert, Bernd: Regionale Inzidenz der Arbeitsmarktpolitik und ihre Finanzierung. Hrsg. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1988.

¹¹ Vgl. Engels, Wolfram: Zur Begründung und zur Utopie des Sozialstaats. In: Rolf, Spahn, Wagner (Hrsg.), a.a.O., S. 327 ff.; Goeschel, Albrecht: Die Bedeutung der Älteren für die Regionalverteilung und Regionalwirkung der Sozialtransfers, a.a.O.; ders.: Ausgleich oder Verstärkung des Süd-Nord-Gefälles durch die Rentenfinanzen: Regionalwirtschaftliche Wirkungen der Sozialtransfers. In: VdK (Hrsg.): Rahmenbedingungen der Alterssicherung: Rentnerkaufkraft und Exportwachstum, München 1988, S. 25 ff.; Havemann, Robert, a.a.O.,

benkosten gleichzeitig aber auch Grundlage für Humankapitalverbesserung, Wertschöpfung, Nachfrage, technischen Fortschritt und damit auch Beschäftigung und Sozialbeitragsaufkommen sind.¹²

Für die Krankenversicherung und für die Gesundheitswirtschaft werden wegen des dort bestehenden Vorranges von Realtransfers einerseits und wegen der überwiegend nahversorgenden Wirkungsweise der Gesundheitswirtschaft andererseits in besonderem Maße die Bedeutung der Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung für die regionalen Wirtschaftskreisläufe und für die Regionalentwicklung herausgestellt. Dabei werden u.a. folgende nichtgesundheitliche Wirkungen der Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung behandelt:

- regional- und aggregatspezifische Wachstums-, Produktivitäts- und Strukturwirkungen der Krankenkassenfinanzen und der Gesundheitsleistungen
- regionalspezifische mittelbare Investitionseffekte der Krankenkassenfinanzen für die Gesundheitswirtschaft
- regionalspezifische Beschäftigungs- und Einkommenswirkungen der Krankenkassenfinanzen im Bereich der Gesundheitswirtschaft
- regionalspezifische Auswirkungen der Krankenkassenfinanzen und Gesundheitsleistungen auf die mittelbare und unmittelbare Finanzausstattung der Bundesländer und der Regionstypen
- sowie
- regional unterschiedliche Selbstfinanzierungseffekte der Krankenkassen aus den Beitragsaufkommen der Gesundheitswirtschaft.¹³

S. 260 ff., Spahn, Kaiser, a.a.O., S. 207 ff., Meinhold, Helmut, a.a.O., S. 251 ff.; Wagner, Gerd, a.a.O., S. 251 ff.; Berthold, Külpe, a.a.O., S. 18, 95 ff., 96 ff., 107 ff., 114 ff. und 129 ff.

¹² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Auf dem Weg zu mehr Beschäftigung - Jahresgutachten 1985/86, Stuttgart und Mainz 1985, S. 166 ff., bes. S. 168 ff.; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Medizinische und ökonomische Orientierung - Jahresgutachten 1988, Baden-Baden 1988, S. 73 ff. sowie ders.: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung - Jahresgutachten 1989, a.a.O., S. 97.

¹³ Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung, a.a.O., ders.: Die Bedeutung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung für die Regionalwirtschaft. In: Monheim, Goeschel: Raumordnung und Gesundheitspolitik, Informationen zur Raumentwicklung, Bonn (1985), H. 3/4, S. 195 ff., ders.: Zentralisierung oder Regionalisierung in der Krankenversicherung als Problem der Sozialordnungspolitik und der Raumordnungspolitik, a.a.O., ders.: Die Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes auf die Landeshauptstadt München, Marquartstein 1988 und ders.: Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung: Umverteilungsvorgänge zu Lasten der ländlichen Räume. In: Der Landkreis, Köln (1986), H. 8/9, S. 372 ff. sowie Studiengruppe für Sozialforschung e.V., I.F.S.-GmbH: Kommunalwirtschaftliche Nutzeffekte der Münchner Sozialwirtschaft, München 1989.

Nach diesem Stand der Diskussion müßte die Problemsicht der politischen Akteure vor allem gegenüber Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft vor allem auch deren nichtgesundheitliche Bedeutung als Faktor der Konjunkturstabilisierung, des Regional- und Strukturausgleichs, des Investitionsgeschehens und vor allem auch der Nachfrage- und Beschäftigungsentwicklung umfassen. Vor allem müßten dabei die in der Gesundheitswirtschaft anfallenden Beschäftigungswirkungen, das damit verbundene Sozialbeitragsaufkommen und die dementsprechende Selbstfinanzierung der Krankenversicherung aus der Gesundheitswirtschaft berücksichtigt werden. Besonderes Augenmerk müßten dabei die regionalen Ausprägungen finden.

1.4. Vorrang der Finanzierungssicherung vor der Kostensteuerung in der Gesundheitsversorgung

Die tatsächliche Problemsicht der gesundheitspolitischen Akteure gegenüber Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft muß noch vor einem weiteren Aspekt des inzwischen erreichten Diskussionsstandes überprüft werden: Während die Erörterungen zur mittlerweile auch legislativ abgearbeiteten Reform der Gesundheitsversorgung¹⁴ vor allem vom Problem der Kostensteuerung in der Krankenversicherung beherrscht waren, ist demgegenüber mittlerweile eine breite und gegensätzliche Erörterung der Mitglieder-, Beitragseinnahmen- und Leistungsausgabenstrukturen, d.h. der Finanzierungsgrundlage der Krankenversicherung und ihrer verschiedenen Kassenarten getreten. Dabei zieht die Frage nach den Finanzierungsquellen und nach den Finanzierungsaufkommen der Krankenkassen in wachsendem Maße Aufmerksamkeit auf sich.

In der neuen Literatur wird nachdrücklich darauf hingewiesen, daß die Beitragsfinanzierung keineswegs mehr die alleinige Finanzierungsquelle der sozialen Krankenversicherung ist¹⁵, vielmehr werden daneben noch folgende weiteren Finanzierungsquellen angeführt;

¹⁴ Vgl. Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reform-Gesetz), 20.12.1988, BGBI. I S. 2477.

¹⁵ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, a.a.O., S. 51 ff., bes. S. 55 ff. und S. 140 sowie Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Medizinische und ökonomische Orientierung - Jahresgutachten 1988, a.a.O. S. 68 ff., bes. S. 70 sowie Deutscher Bundestag: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drucksache 11/3267, 7.11.1988, S. 111 ff.

- kassenbudgetergänzende bzw. kassenbudgetentlastende Lohnfortzahlungen der Arbeitgeber
- kassenbudgetergänzende bzw. kassenbudgetentlastende Zuzahlungen und Selbstzahlungen der Versicherten
- kassenbudgetergänzende bzw. kassenbudgetentlastende Investitionen der öffentlichen Haushalte z.B. in der Krankenhauswirtschaft
- kassenbudgetergänzende bzw. kassenbudgetentlastende Einnahmeverzichte der Leistungserbringer der Gesundheitswirtschaft
- kassenbudgetergänzende bzw. kassenbudgetentlastende Verwaltungskostenzuschüsse der Arbeitgeber bei der betrieblichen Krankenversicherung
- Zuschüsse für bzw. Erstattungen und Ersatz Fremdleistungen der Krankenkassen
- aus öffentlichen Haushalten
- Erstattungen der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung an die Krankenkassen
- sowie
- Vermögenserträge der Krankenkassen.¹⁶

Besondere Aufmerksamkeit als Finanzierungsquelle findet dabei der Finanzausgleich in der Rentnerkrankenversicherung. Dieser erhöht zwar das Finanzaufkommen der Krankenversicherung insgesamt nicht, dasjenige einzelner Krankenkassen jedoch sehr wohl.¹⁷

Aus diesem Blickwinkel müßte die Problemsicht der politischen Akteure im Gesundheitswesen dann folgende Aspekte umfassen: Sozialsicherung, Gesundheitsversorgung und Raumordnung als allgemeine Wachstumsvoraussetzung, Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft als Bereiche von Wachstum, Beschäftigung und Abgabenaufkommen sowie die Gesundheitswirtschaft als Bereich, in dem ein Teil der Finanzmittel der Krankenversicherung durch Krankenkassenbeitragsaufkommen aus der Gesundheitswirtschaft refinanziert wird. Vor allem dieser letztgenannte Gesichtspunkt, nämlich die Selbstfinanzierung der Krankenversicherung aus der Gesundheitswirtschaft, ist eine Betrachtungsweise, die mittlerweile aus dem Bereich des Steu-

¹⁶ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Medizinische und ökonomische Orientierung - Jahresgutachten 1988, a.a.O.; S. 71 sowie ders.: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, a.a.O., S. 50 ff. und S. 140.

¹⁷ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, a.a.O., S. 79 ff. und 119 ff.

ersystems insbesondere in den Bereich der Arbeitslosenversicherung und Arbeitsförderung übernommen worden ist¹⁸ und inzwischen auch in die Krankenversicherungsdiskussion Eingang gefunden hat.¹⁹

1.5. Paradigmenwandel in der sozialökonomischen und gesundheitsökonomischen Diskussion als Mindestanforderung an die Problem-sicht, Konzeptbildung und Modellierung der gesundheitspolitischen Akteure

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die sozial- und gesundheitsökonomische Diskussion durch einen unübersehbaren Paradigmenwandel gekennzeichnet ist. Bei diesem Paradigmenwandel werden Sozialsicherung und Raumordnung nicht mehr sosehr als Nachbesserung von Schadfolgen des Wirtschaftswachstums, sondern als Voraussetzung für Wagnisfähigkeit und Wagnisbereitschaft und damit als Voraussetzung für Wirtschaftswachstum gesehen.

Weiterhin ist die sozial- und gesundheitsökonomische Diskussion mittlerweile durch die Erkenntnis geprägt, daß die bisherige einseitige und ausschließliche Darstellung der Sozialtransfers als einzel- und gesamtwirtschaftliche Kosten durch eine Herausstellung auch der einzel- und gesamtwirtschaftlichen Nutzen der Sozialtransfers korrigiert werden muß und jeweils nur saldierte Nettodarstellungen von Kosten oder Nutzen angemessen sind.

Die sozial- und gesundheitsökonomische Diskussion ist auch noch dadurch gekennzeichnet, daß sie insbesondere für den Bereich von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung nicht nur zahlreiche nichtgesundheitliche Nutzenwirkungen herausstellt, sondern vor allem auch ausdrücklich darauf hinweist, daß den für Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung anfallenden Lohnnebenkosten erhebliche Beschäftigungseinkommen in der Gesundheitswirtschaft und Beitragsaufkommen aus der Gesundheitswirtschaft gegenüberstehen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die erheblichen Regionalunterschiede zwischen den Saldi der Nutzenwirkungen und Kostenbelastungen von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung gerichtet.

¹⁸ Vgl. Spitznagel, Eugen: Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen: Entlastungswirkung und Kostenvergleiche. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Stuttgart (1985), H. 1, S. 20 ff.

¹⁹ Vgl. Goeschel, Albrecht: Regionale Entwicklungsstrategien der sozialen Sicherung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Arbeitspolitik und soziale Sicherung, a.a.O., S. 79 ff. sowie ders.: Die Freien Heilberufe als Selbstfi-

Für die gesundheitsökonomische Diskussion gilt auch, daß gegenüber dem bislang vorherrschenden Gesichtspunkt der Kostensteuerung der Gesichtspunkt der Finanzierungssicherung insbesondere einzelner Kassenarten, aber auch der Krankenversicherung insgesamt, in den Vordergrund rückt. Dabei wird auch sehr viel stärker als früher die Vielfalt der Finanzierungsquellen der Krankenversicherung herausgearbeitet. Insbesondere der Gesichtspunkt der Selbstfinanzierung der Krankenversicherung aus der Gesundheitswirtschaft, eine im Bereich des Steuersystems und im Bereich des Arbeitslosensicherungssystems etablierte Betrachtungsweise, findet zunehmenden Eingang auch in die gesundheitsökonomische Diskussion.

Bei diesem Stand der sozial- und gesundheitsökonomischen Diskussion müßten die gesundheitspolitischen Akteure in ihrer Problemsicht, in ihrer Konzeptbildung und ihre Modellierung bezüglich Beschäftigungswirkungen des Gesundheitswesens, also mindestens folgende Aspekte aufzuweisen haben:

- Sozialsicherung, Raumordnung und Gesundheitsversorgung als Voraussetzungen für Wagnisfähigkeit und Wagnisbereitschaft, d.h. für Wirtschaftswachstum
- Gesundheitstransfers als Träger einzel- und gesamtwirtschaftlicher Nutzenwirkungen
- Regionalunterschiede zwischen den Saldi von Nutzen und Kosten der Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung
- Lohnnebenkosten für Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung als Grundlage für Beschäftigungseinkommen in der Gesundheitswirtschaft und Beitragsaufkommen zur Krankenversicherung
- Selbstfinanzierungsmöglichkeit der Krankenversicherung aus der Gesundheitswirtschaft.

2. Wahrnehmungsstrukturen der Wechselbeziehungen von Sozialversicherung, Gesamtwirtschaft und Beschäftigung bei den Krankenkassenversicherungsträgern

Beschäftigungswirkungen der Gesundheitsversorgung und der Kostendämpfung müßten für die Krankenversicherung von besonderem Interesse sein, da die Krankenversicherung selbst vorwiegend durch Beiträge finanziert wird, die auf Beschäftigungsentgelt bezogen sind. Ob und wie die Beschäftigungswirkungen von Gesundheitsversorgung und Kostendämpfung bei den Krankenkassen wahrgenommen, gewußt und behandelt werden, kann dabei exemplarisch auf der programmatischen Ebene untersucht werden.

Nachfolgend wird die Frage nach der Wahrnehmung und Handhabung der Beschäftigungswirkungen der Gesundheitsversorgung und Kostendämpfung bei den Krankenkassen beispielhaft für die Programmatik des AOK-Bundesverbandes gestellt und beantwortet. Für die Analyse der programmatischen Problembeschreibung des AOK-Bundesverbandes wird hier auf vier wesentliche Grundsatzpapiere des AOK-Bundesverbandes zurückgegriffen, die von diesem in den letzten Jahren vorgelegt worden sind.²⁰ Wenn man diese Grundsatzpapiere überblickt, dann kommt man durchaus zu dem Ergebnis, daß es hier einerseits eine deutliche Erweiterung der Problemsicht im Bezug auf die Beschäftigungswirkungen des Gesundheitswesens gegeben hat, daß aber auch spezifische Ausblendungen feststellbar sind.

2.1. Lücke im Selbstverständnis der Ortskrankenkassen

So stellt eine Analyse des Grundsatzprogrammes der Ortskrankenkassen aus dem Jahre 1983 zunächst eine deutliche Lücke im Selbstverständnis der Ortskrankenkassen als Faktor der Wirtschafts- und Beschäftigungsentwicklung fest.²¹ Diese Selbstverständnislücke hat sich daran gezeigt, daß das Grundsatzpapier aus dem Jahre 1983 mit der Formel von der "Finanz-

²⁰ Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen: Thesen zur Krankenversicherung, Bonn 1983, ders.: AOK - Partner der Versicherten und Arbeitgeber: Gemeinsam und leistungsstark in die Zukunft, Bonn 1983 (Tagungsfassung) sowie ders.: Thesen des AOK-Bundesverbandes zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn, September 1989; AOK-Bundesverband: AOK-Vorstellungen zur Strukturreform, Bonn, Oktober 1987 sowie AOK-Bundesverband; Thesen der AOK zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn September 1989.

²¹ Vgl. Goeschel, Albrecht: Was die Kassen wollen. In: Der Praktische Arzt, Dortmund (1983), H. 20-21, S. 1764 ff.

verlagerung im System der sozialen Sicherung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung" zwar die mißbräuchliche Nutzung von Kassenfinanzen zur Entlastung des Staatsbudgets von Kreditaufnahmelasten angesprochen hat. Die regelgemäße Wirkung der Kassenfinanzen als Garantiefond für die Investitionen der Berufe und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft wird jedoch weder direkt noch indirekt thematisiert. Die in diesem Grundsatzpapier mehrfach gebrauchte Formel von den "sozial und wirtschaftlich tragbaren Beitragssätzen" wird stets im Sinne von einzel- und gesamtwirtschaftlichen Kostenbelastungen durch Gesundheitsaufwendungen verwendet. Eine präzisere Beschreibung der Beitragsfinanzierung der Gesundheitsversorgung als teilweise Preislenkung des Faktors Arbeit erfolgt dagegen nicht.²²

2.2. Selbstwahrnehmung der Ortskrankenkassen als Faktor von Wirtschaft und Beschäftigung

Im Unterschied zu diesem Defizit im Selbstverständnis der Ortskrankenkassen als Faktor der Wirtschafts- und Beschäftigungsentwicklung, das noch für das Grundsatzpapier des Frühjahrs 1983 gilt, zeigt das Ende 1983 für den Ortskrankenkassentag in Hamburg erarbeitete Grundsatzpapier ein sehr viel ausgeprägteres Selbstverständnis der Ortskrankenkassen als Faktor von Wirtschaft und Beschäftigung. Zunächst finden sich in diesem Grundsatzpapier eine ganze Reihe von über den Text verstreuten, gleichwohl aber zusammengehörenden Aussagen, die durchaus als Elemente eines Selbstverständnisses der Ortskrankenkassen als Faktor der Gesundheitswirtschaft und vor allem auch als Faktor der Gesamtwirtschaft gesehen werden können.

2.2.1. Die Ortskrankenkassen als Finanzierungsträger für die Herausbildung einer eigenständigen Gesundheitswirtschaft

So wird ausdrücklich die Funktion der Ortskrankenkassen als Durchführungsträger der staatlichen Ausgleichsaufgaben gegenüber sozial unerwünschten Verteilungen der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung speziell im Bereich des Gesundheitsverbrauches genannt.²³ An anderer Stelle wird auf die Abhängigkeit des Gesundheitsverbrauches von der Bereitstellung und Erbringung von Gesundheitsgütern und Gesundheitsleistungen, d.h. auf die "Angebotsin-

²² Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen: Thesen zur Krankenversicherung, a.a.O., These 9 sowie Thesen 4, 7 und 10.

duziertheit der Nachfrage" in der Gesundheitswirtschaft²⁴ hingewiesen. Hingewiesen wird auch darauf, daß sich im Zusammenhang der Ausweitung der gesetzlichen Krankenversicherung das Gesundheitswesen zu einem eigenständigen großen Wirtschaftsbereich entwickelt hat.²⁵ Hierdurch wird zumindest angedeutet, daß die Ortskrankenkassen auch Funktionen für die Entstehung der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung zumindest im Bereich der Gesundheitswirtschaft haben. Die darüber hinausgehenden allgemeinen Funktionen der Ortskrankenkassen, der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Sicherung überhaupt für den Ablauf und die Gliederung der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung insgesamt wird ebenfalls angesprochen.

So beinhaltet die herausgestellte Unausgewogenheit der Beitragsbelastung in den verschiedenen Solidargemeinschaften bzw. Kassenarten auch Unausgewogenheiten in der Abgabenbelastung der von den jeweiligen Solidargemeinschaften unterschiedlich erfaßten Wirtschaftszweige, Unternehmensbranchen, Betriebsgrößen, Anlage- und Beschäftigungsstrukturen etc., die verallgemeinert und bezogen allein auf die Mitgliederseite der Beitragsaufbringung und Leistungsverausgabung als unterschiedliche "Risikostrukturen" diskutiert werden.²⁶ Noch in einer weiteren Ausprägung wird die Funktion der Ortskrankenkassen, der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Sicherung überhaupt für die volkswirtschaftliche Wertschöpfung angesprochen: Die mehrfach wiederholte Kritik an der Übung des Staates, den eigenen Haushalt durch direkte und indirekte Zugriffe auf die Haushalte der gesetzlichen Krankenversicherung zu entlasten²⁷ weist darauf hin, daß die Ortskrankenkassen wie auch die gesamte Sozialsicherung nicht nur Geldbeiträge zusammenfassen und Sachleistungen umverteilen, sondern in hohem Maße auch Kapital bilden. Diese Sicht ist auch in den Hinweisen auf die Überlegungen der Politik enthalten, durch Einschränkungen im Bereich der sozialen Sicherung Spielräume für Produktionsinvestitionen und Privatkonsum zu schaffen.²⁸

Nimmt man alle einschlägigen Aussagen des Hamburger Grundsatzpapiers zusammen, so war es in den zurückliegenden Jahrzehnten die Hauptwirkung der Ortskrankenkassen wie der ge-

²³ Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen: AOK-Partner der Versicherten und Arbeitgeber: Gemeinsam und leistungsstark in die Zukunft, Bonn 1983 (Tagungsfassung) S. 16 ff., 19 ff. und 77.

²⁴ Vgl. ebda., S. 27 ff. und S. 29.

²⁵ Vgl. ebda., S. 13.

²⁶ Vgl. ebda., S. 12 ff., 19 und 42.

²⁷ Vgl. ebda., S. 13, 39 und 45.

²⁸ Vgl. ebda., S. 5 ff.

setzlichen Krankenkassen überhaupt, das Wachstum der Gesamtwirtschaft sowie das Wachstum der Beschäftigung und des Einkommens aus abhängiger Erwerbstätigkeit durch eine Administrierung des Preises des Faktors Arbeit, eine Administrierung des Verbrauchs der Arbeitseinkommen und eine Administrierung der Preise für Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen sowie durch die Bildung eines Ausgleichsfonds in einen eigenständigen Bereich innerhalb der Gesamtwirtschaft, nämlich die Gesundheitswirtschaft, umzusetzen. Dabei wird dann der Anteil der Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft an der Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft als zu hoch betrachtet. Entsprechend der administrativen Steuerung der Gesundheitswirtschaft werden deren Kapazitäten als bedarfsüberschreitend bezeichnet.²⁹ Dementsprechend wird dann auch eine weitere Ausdehnung des für die Gesundheitswirtschaft zur Verfügung stehenden Finanzvolumens durch eine unflexible Ankoppelung der Preise für Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen an die Preisentwicklung für abhängige Erwerbsarbeit ohne Rücksicht auf die rückläufige Menge des Arbeitseinsatzes abgelehnt. Abgelehnt wird ebenso eine Ausweitung des Anteils der Gesundheitswirtschaft an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung durch Ausweitung des Finanzaufkommens durch Selbstbeteiligung.³⁰ Besonders hervorgehoben wird im Hamburger Grundsatzpapier die regionalwirtschaftliche Wirkung der Ortskrankenkassen: "Die AOK ist flächendeckend in der Bundesrepublik vertreten. Sie ist eingebunden in das regionale Gesundheitswesen und Wirtschaftsleben. Die Beiträge zur AOK entstammen der Region und verbleiben auch durchweg in der regionalen Wirtschaft."³¹

2.2.2. Die Ortskrankenkassen als Träger von Investitionsfunktionen für die Gesundheitswirtschaft und für die Gesamtwirtschaft

Neben Aussagen zu den gesamtwirtschaftlichen und gesundheitswirtschaftlichen Wirkungen der Ortskrankenkassen finden sich im Hamburger Grundsatzpapier auch noch eine Reihe von Aussagen zu den Investitionsfunktionen der Ortskrankenkassen. Zunächst ist dazu festzustellen, daß das Grundsatzpapier die Investitionsfunktionen der Ortskrankenkassen mit dem Begriff der "aktiven Gestaltung" umschreibt, die sich als Verpflichtung aus dem Solidarprinzip mit seinen beiden Elementen Sachleistung und Beitragszahlung ergibt.³² Sodann verdeutlicht das Grundsatzpapier die drei wesentlichen Investitionsfunktionen der Ortskrankenkassen: Die Er-

²⁹ Vgl. ebda., S. 12 ff., 19 ff., 27 ff., 39, 45 und 51.

³⁰ Vgl. ebda., S. 28 ff. und 35.

³¹ Vgl. ebda., S. 9.

schließung und Entwicklung von Märkten von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgütern, die Verstetigung von Erträgen und Gewinnen in diesen Märkten durch den Ausgleich von Schwankungen in den Finanzierungsgrundlagen dieser Märkte und die arbeitsteilige Vervollständigung der Abwicklung der Sozialverwaltung und des Sozialverbrauchs in der Wirtschaft bzw. im übrigen Versorgungswesen. Dabei wird die Erschließungs- und Entwicklungsfunktion als zügige und gleichmäßige Zurverfügungstellung des medizinisch-technischen Fortschritts für alle Versicherten und unabhängig von deren wirtschaftlicher Situation, d.h. für eine große Zahl kaufkräftiger Verbraucher beschrieben.³³ Die Verstetigungsfunktion wird beschrieben als Ermöglichung eigenständiger und unabhängiger Einkommens- und Gewinnerwartungen der Gesundheitswirtschaft auf der Grundlage einer quantitativ und qualitativ erweiterten gesetzlichen Krankenversicherung, die ihrerseits für ein ausgewogenes Verhältnis von Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben, d.h. eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik Sorge trägt.³⁴ Die Vervollständigungsfunktion wird beschrieben als eigene Dienstleistungen der Ortskrankenkassen für die Unternehmen der Wirtschaft bei der Abwicklung der Sozialversicherung bzw. als eigene Dienstleistungen der Ortskrankenkassen für die sonstigen Träger und Einrichtungen des gesundheitlichen und sozialen Versorgungswesen bei Abwicklungs- und Kontaktfragen.³⁵

Das Grundsatzpapier beschreibt weiter die bisherigen und zukünftigen Hauptbereiche für das Wirksamwerden dieser Investitionsfunktionen der Ortskrankenkassen. Dabei wird die Schaffung gesundheitsgerechter Umwelt-, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die Veränderung individueller Verhaltensweisen als gleichrangig neben die Entwicklung des Leistungsangebotes zur Heilung von Krankheiten gestellt.³⁶ Ausdrücklich und mehrfach werden dabei im Grundsatzpapier die geänderten wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und medizinischen Rahmenbedingungen dargestellt, die zu Beeinträchtigungen der Gesundheit bzw. Bedürfnissen nach Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit geführt haben, denen die herkömmlichen Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen nicht mehr oder nur noch unverhältnismäßig aufwendig entsprechen können.³⁷

³² Vgl. ebda., S. 8, 20, 23 ff. und 55.

³³ Vgl. ebda., S. 5, 8, 9, 16, 18 und 21.

³⁴ Vgl. ebda., S. 12 ff., 19 und 28 ff. Dieser Gesichtspunkt der Verstetigungsfunktion wird besonders deutlich bei der Ablehnung einer proportionalen Ankoppelung des Finanzvolumens der GKV an die Grundlohnentwicklung. Vgl. ebda., S. 28.

³⁵ Vgl. ebda., S. 8, 55, 58 ff. und 61.

³⁶ Vgl. ebda., S. 62,

³⁷ Vgl. ebda., S. 6, 10 ff., 39 und 42.

Mit diesen Darstellungen und der Betonung, daß neben Leistungen bei Krankheit wesentlich auch Leistungen der Beratung und Hilfe sowie Sozialdienste bereitgestellt werden,³⁸ beanspruchen die Ortskrankenkassen eine Verlagerung ihrer Investitionsfunktion auch auf neue Umwelt-, Arbeitswelt- und Lebensweltbereiche.

2.2.3. Die Ortskrankenkassen als Partner öffentlich-rechtlicher Verträge mit investiven Wirkungen

Im Grundsatzpapier wird auch die bisherige Form angesprochen, in der die Investitionsfunktion der Ortskrankenkassen bei der Erschließung und Entwicklung und bei der Verstetigung des Marktes für die Erbringer und Ersteller der herkömmlichen Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgüter, d.h. die Ärzte, Zahnärzte etc. wahrgenommen wurde, nämlich die Form partnerschaftlich abgeschlossenen öffentlich-rechtlicher Verträge.³⁹ Diese Form soll auf weitere Bereiche der Gesundheitswirtschaft, d.h. die Krankenhäuser und die Pharmazeutische Industrie ausgedehnt werden.⁴⁰ In diesem Zusammenhang ist es wichtig, daß das Grundsatzpapier die Investitionsfunktion der Ortskrankenkassen im Zusammenhang der Frage der Ausweitung des Gefüges öffentlich-rechtlicher Verträge nicht nur als Problem der Stärkung der Nachfrageseite und der Vereinheitlichung der Angebotsseite, d.h. als Verteilungsproblem behandelt⁴¹, sondern auch als Erstellungsproblem darstellt. Eine solche Darstellung erfolgt dort, wo das Grundsatzpapier die Absicht erklärt, durch entsprechende Vertragsstrategien die Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung in diejenigen Bereiche zu lenken, wo sie den größten Nutzen für die Erhaltung der Gesundheit haben und wozu auch die Strategie des "Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig" gehört.⁴² Eine solche Darstellung der öffentlich-rechtlichen Verträge als Form der Investitionssteuerung erfolgt auch dort, wo das Grundsatzpapier den Krankenhäusern bei den Pflegevergütungen der Krankenkassen die Möglichkeit von Überschüssen oder Unterdeckungen eröffnen will, und gleichzeitig den Krankenhäusern die Notwendigkeit auferlegen will, Überschüsse zur Reinvestition in die stationäre Versorgung zu

³⁸ Vgl. ebda., S. 8 ff., 12, 23, 35 ff. und 55.

³⁹ Vgl. ebda., S. 7 ff., 17 ff., 25 ff. und 56.

⁴⁰ Vgl. ebda., S. 49 ff.

⁴¹ Vgl. ebda., S. 26, 46 und 50.

⁴² Vgl. ebda., S. 27 ff. und 37 ff.

verwenden.⁴³ Dieser Gesichtspunkt der investiven Wirkung der öffentlich-rechtlichen Verträge der Ortskrankenkassen wird auch bei den Aussagen zum Wettbewerb zwischen den Kassenarten auf dem Felde des Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrechts hervorgehoben. So wird eine Liberalisierung des Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrechts, d.h. ein Wettbewerb auf diesem Gebiet vor allem als Schwächung der Erstellungs- bzw. Gestaltungskraft der Ortskrankenkassen beschrieben.⁴⁴ Das Grundsatzpapier schlägt anstelle eines Wettbewerbs der Finanzierungsträger der gesetzlichen Krankenversicherung auch im Bereich der öffentlich-rechtlichen Verträge eine Rollenverteilung zwischen den Krankenkassen sowie Arbeitsgemeinschaften der Kassen vor, bei denen die Ortskrankenkassen als flächendeckende Universalversicherer dann wohl auch die flächendeckenden Investitionsfunktionen ausüben würden.⁴⁵ Eine solche flächendeckende Ausübung der Investitionsfunktionen der Ortskrankenkassen insbesondere im Bereich der umwelt-, arbeitswelt- und lebensweltbezogenen Gesundheitssicherung würde bei der gegenwärtigen Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage⁴⁶ eine vierte wesentliche Investitionsfunktion der Ortskrankenkassen ermöglichen: Die Entwicklung des Arbeitsmarktes vor allem für neue Gesundheitsberufe und damit zugleich die Verstetigung der arbeitsentgelt-, d.h. beschäftigungsabgeleiteten Beitragseinnahmen der sozialen Krankenversicherung.

2.3. Selbstdarstellung der Ortskrankenkassen als Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor in der Region

Im Vergleich zu dem noch im Frühjahr 1983 vorgelegten Grundsatzpapier des AOK-Bundesverbandes mit seiner deutlich klaffenden Lücke im Selbstverständnis als Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor beinhaltet das Ende 1983 für den Hamburger Ortskrankenkassentag vorgelegte Grundsatzpapier eine Fülle von Aussagen dazu, daß die Ortskrankenkassen und die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt bedeutende Wachstums- und Beschäftigungswirkungen ausüben.⁴⁷

Betrachtet man nun diejenigen Grundsatzpapiere, die der AOK-Bundesverband zur Reform des Gesundheitswesens und zur Reform der Krankenkassenorganisation vorgelegt hat, so gilt hier

⁴³ Vgl. ebda., S. 49.

⁴⁴ Vgl. ebda., S. 16 ff., 20, 26, 53 und 56.

⁴⁵ Vgl. ebda., S. 18, 20, 22, 41, 52, 54 und 78.

⁴⁶ Vgl. ebda., S. 12 ff. und 39.

eine im Vergleich zum Hamburger Grundsatzpapier deutliche Verdichtung dieser breiten Erörterung der Wachstums- und Beschäftigungswirkungen der Ortskrankenkassen insgesamt. Geblieben ist dabei vor allem der Gesichtspunkt, daß die Ortskrankenkassen und die Krankenversicherung überhaupt ihre marktintervenierenden Steuerungswirkungen^{48 49}, d.h. ihre Investitionsfunktionen gegenüber der Gesundheitswirtschaft bestmöglich nur auf der Handlungs- und Einwirkungsebene der Region entwickeln können. Es heißt in einem dieser Grundsatzpapiere wörtlich:

"Die Leistungserbringung und damit viele Einrichtungen des Gesundheitswesens sind vorwiegend regional ausgerichtet. Daher kann nur ein regionaler Bezug der Gesundheits- und Sozialpolitik gewährleisten, daß ein dem regionalen Bedarf entsprechendes Leistungsangebot geschaffen und eine gleichwertige Versorgung mit Gesundheitsleistungen sichergestellt wird. Hier in der Region müssen ausgewogene Risikostrukturen der Krankenversicherungsträger hergestellt werden. Die AOK fordert deshalb, daß das Regionalprinzip für die Krankenversicherung und das Gesundheitswesen wieder zum tragenden Grundsatz erhoben und diese insgesamt danach ausgerichtet werden. Gestaltung und Ausgabensteuerung setzen voraus, daß die Partner auf der regionalen Ebene handlungsfähig sind und hinter der regionalen Selbstverwaltung auch die jeweilige regionale Finanzkraft steht".⁵⁰

Während das Neben- und Gegeneinander regional-gebietzuständiger und zentral-bundesweiter Organisations- und Finanzierungsstrukturen in der gegenwärtigen Krankenversicherung als Einschränkung für die Entfaltung von Steuerungswirkungen der Krankenversicherung in der Region betrachtet wird,⁵¹ wird eine regionalbezogene Solidarität als Voraussetzung für die Entfaltung der Steuerungswirkungen der Krankenversicherung gesehen. Die Region wird damit und dabei zum Synonym und Aggregat aller wesentlichen Wachstums- und Beschäftigungswirkungen der Ortskrankenkassen und der Krankenversicherung insgesamt und vor allem

⁴⁷ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Die Ortskrankenkassen: Eine gemeinwirtschaftliche und selbstverwaltete Unternehmensgruppe, Texte zur Krankenkassenforschung, Marquartstein 1984.

⁴⁸ Vgl. AOK-Bundesverband: AOK-Vorstellung zur Strukturreform, Bonn, Oktober 1987, S. 3 ff., 21 ff., 33 ff. und 35 ff.

⁴⁹ Vgl. AOK-Bundesverband: Thesen der AOK zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn, September 1989, S. 3, 6, 11.

⁵⁰ Vgl. AOK-Bundesverband: AOK-Vorstellungen zur Strukturreform, a.a.O., S. 5 ff. bes. S. 7 sowie ähnlich AOK-Bundesverband: Thesen der AOK zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, a.a.O., S. 7, 11 und 22.

⁵¹ Vgl. AOK-Bundesverband: AOK-Vorstellungen zur Strukturreform, a.a.O., S. 9 ff. sowie ders.: Thesen der AOK zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, a.a.O., S. 4, 11 und 22.

zum Synonym und Aggregat der marktintervenierenden Steuerung dieser Wachstums- und Beschäftigungswirkungen.

2.4. Ausblendung der Beschäftigtenwirkungen und Selbstfinanzierungswirkungen der Gesundheitsaufwendungen aus der Wahrnehmung der Ortskrankenkassen

Die programmatischen Aussagen der Ortskrankenkassen haben nach einer zunächst vollkommenen Lücke bezüglich der Wachstums- und Beschäftigungswirkungen von Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft noch im Thesenpapier vom Beginn des Jahres 1983 dann Ende 1983 beim Hamburger Ortskrankenkassentag erstaunlich an Breite gewonnen. So finden sich dort, wenn auch verstreut, Aussagen darüber, daß die Krankenversicherung nicht nur unerwünschte Folgen der Wertschöpfung und Einkommensverteilung ausgleicht, sondern daß die Krankenversicherung ihrerseits erst die Etablierung einer eigenständigen und wachstumsstarken Gesundheitswirtschaft ermöglicht hat und aufrechterhält. Ebenso finden sich Aussagen, die den Umstand betreffen, daß die Krankenversicherung sowohl Kapital bildet wie auch die Preise für den Faktor Arbeit und die Preise der Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen sowie auch Teile des Realeinkommensverbrauchs administriert. Vor allem finden sich auch Aussagen, nach denen die Krankenkassen vielfältige Investitionsfunktionen für die Gesundheitswirtschaft und dabei vor allem auch für die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft ausüben. Dabei wird ausdrücklich die Kapitalbildungsfunktion der Krankenkassen in den Regionen betont.

In den programmatischen Aussagen der Ortskrankenkassen sowohl zur Reform der Gesundheitsversorgung wie auch zur Reform der Krankenkassengliederung von 1987 und 1989 wird dann der Begriff der Region zum Synonym und Aggregat aller dieser Wachstums- und Beschäftigungswirkungen und ihrer marktintervenierenden Steuerung durch die Ortskrankenkassen und die Krankenversicherung überhaupt. Zusammenfassend kann man also sagen, enthält die programmatische Problemsicht der Ortskrankenkassen bezüglich der Beschäftigungswirkungen des Gesundheitswesens, insbesondere der Kostendämpfung, folgende Gesichtspunkte:

- Krankenversicherung als Kapitalsammelstelle und Preisadministration
- Krankenversicherung als Finanzierungs- und Investitionsträger für die Gesundheitswirtschaft

- Krankenversicherung als Finanzierungsträger der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft
- Krankenversicherung als Faktor vor allem der Regionalwirtschaft.

Verglichen mit den Gesichtspunkten, die nach dem Stand der gegenwärtigen sozial- und gesundheitsökonomischen Diskussion in der Problemsicht der gesundheitspolitischen Akteure, hier der Ortskrankenkassen, bezüglich der Beschäftigungswirkungen des Gesundheitswesens enthalten sein sollten, sind aber genau diese Aspekte aus den programmatischen Aussagen ausgespart. Grundsätzlich sind drei mögliche Ursachen dafür denkbar, daß die Beschäftigungs- und damit die Selbstfinanzierungseffekte des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung in der Problemsicht der Ortskrankenkassen nicht erscheinen:

1. Die Beschäftigungseffekte und die Selbstfinanzierungseffekte des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung sind den Ortskrankenkassen nicht bekannt oder nicht bekanntgemacht worden;
2. die Beschäftigungseffekte und die Selbstfinanzierungseffekte des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung sind den Ortskrankenkassen zwar bekannt, werden aber bewußt nicht thematisiert oder gezielt fehlthematisiert;
3. die Beschäftigungseffekte und die Selbstfinanzierungseffekte des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung sind den Ortskrankenkassen bekannt, werden aber auf einer anderen Ebene als der des Spitzenverbandes thematisiert.

Von diesen drei möglichen Ursachen scheidet diejenige aus, nach der den Ortskrankenkassen die Beschäftigungseffekte und die Selbstfinanzierungseffekte des Gesundheitswesens nicht bekannt gewesen wären. Zwischen 1983 und 1987 wurde nämlich im Zusammenhang der Selbstmodernisierungsbemühungen des AOK-Bundesverbandes und durch die diesbezügliche wissenschaftliche Politikberatung fortgesetzt und grundlegend immer wieder auf diese Beschäftigungs- und Selbstfinanzierungswirkungen der Krankenversicherung und der Gesundheitswirtschaft hingewiesen und aufmerksam gemacht. Hierzu liegen insbesondere auch einige vom

Bundesverband der Ortskrankenkassen selbst veröffentlichte Arbeiten vor.⁵² Bei dieser Sachlage bleiben demnach nur die beiden letzten Möglichkeiten, nämlich die bewußte Nichtthematisierung bzw. gezielte Fehlthematisierung der Beschäftigungs- und Selbstfinanzierungseffekte bzw. die Thematisierung dieser Beschäftigungs- und Selbstfinanzierungseffekte unterhalb der Ebene des AOK-Bundesverbandes. Zutreffend ist dabei vor allem die bewußte Nichtthematisierung der Beschäftigungs- und Selbstfinanzierungseffekte der Gesundheitswirtschaft und der Krankenversicherung.

Es ist bekannt, daß insbesondere in den Jahren 1984 und 1985 innerhalb des AOK-Bundesverbandes eine heftige Kontroverse zwischen der externen Politikberatung und der internen Planungsabteilung über die strategische Konzeption der Ortskrankenkassen geführt wurde. Dabei wurde von der externen Politikberatung eine Modernisierungsstrategie für die Ortskrankenkassen vorgeschlagen, die sich an der aktiven und offensiven Übernahme neuer Aufgaben der Gesundheitsvorsorge in Umwelt, Arbeitswelt und Lebenswelt orientieren sollte und die im Rahmen entsprechender Zukunftsinvestitionsprogramme eine Verlagerung der Finanzmittel aus den Kurativbereich in den Präventivbereich anstreben sollte. Die damit erreichbare höhere Quote sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter an allen Erwerbstätigen im Gesundheitswesen sollte zugleich die Finanzierungsgrundlage der Krankenversicherung durch Selbstfinanzierung verbessern und ein Gegenstück zur erhöhten Selbstbeteiligung der Versicherten darstellen. Durch gezieltes Engagement in den Regionen sollte vor allem auch politische Unterstützung für die notwendige Absicherung der Finanzierungsgrundlage der Ortskrankenkassen erreicht werden.⁵³ Demgegenüber wollte die interne Planungsabteilung an der Kostendämpfungsstrategie festhalten und diese durch ein direktes Mitgliedermarketing ergänzen. Eine Nichtthematisierung der Beschäftigungswirkungen des Gesundheitswesens wurde damals in einer Beratungsunterlage ausdrücklich so begründet:

⁵² Vgl. Goeschel, Albrecht: Regionale Entwicklungsstrategien der sozialen Sicherung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Arbeitspolitik und soziale Sicherung, Bonn 1986, S. 53 ff. sowie ders.: Raumordnung, Sozialversicherung und Gesundheitswesen - Eine neue Fragestellung in Wissenschaft und Politik. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): AOK und Raumordnung, Bonn 1987, S. 8 ff.

⁵³ Vgl. Goeschel, Albrecht: Gemeinsam und leistungsstark in die Zukunft. Konzeptentwurf für den Ortskrankenkassentag 1983, Bonn, August 1983 sowie ders.: Die Bedeutung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung für die Regionalwirtschaft. In: Informationen zur Raumentwicklung, Bonn (1985), H. 374, S. 195 ff.

"Die Beanspruchung der Investitionsrolle durch die Krankenkassen steht in krassem Widerspruch zu ihrer Forderung nach einem Abbau der Überkapazitäten im Gesundheitswesen. Der Öffentlichkeit ist wohl kaum zu verkaufen, daß die Ortskrankenkassen den Leistungserbringern des Gesundheitswesens laufend ihre Überkapazitäten vorhalten und gleichzeitig aber als regionale Investitionsträger die Verantwortung für diese Investitionen mittragen und als Erfolg regionaler Gestaltungsfunktion der Krankenversicherung darstellen. Die Übernahme des Konzepts der Investivfunktion der Krankenversicherung schwächt deshalb ihre Position in der Kostendämpfungspolitik und stärkt die auf Expansion gerichteten Zielsetzungen der Leistungserbringer." ⁵⁴

Interessant ist dabei, daß diese bewußte Nichtthematisierung der Beschäftigungseffekte des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung sich auf die Bundesebene beschränkt hat. ⁵⁵ Demgegenüber haben die regionalen Einzel-AOKen ihre Rolle als Wirtschafts- und Arbeitsmarktfaktor in den zurückliegenden Jahren deutlich herausgestellt ⁵⁶ und dabei offensichtlich die vom AOK-Bundesverband empfundenen Probleme nicht gehabt.

⁵⁴ Vgl. AOK-Bundesverband, Beratungsunterlage zu den Thesen zur regionalen Funktion der AOK vom 25. und 26. September 1985.

⁵⁵ Auch hier wurde diese Position dann zwei Jahre später revidiert, In einem internen Argumentationspapier zur Bedeutung der regionalen Krankenversicherung für die Bundesländer wird u.a. auf die besseren Möglichkeiten regional organisierter Krankenkassen zur Mitwirkung bei der Beschäftigungspolitik hingewiesen. Vgl. AOK-Bundesverband: Argumentationspapier zur Bedeutung der regional organisierten Krankenversicherung für die Bundesländer, Bonn, September 1987, S. 5.

⁵⁶ Vgl. für viele andere Berichte: AOK Cuxhaven ist ein riesiger Wirtschaftsfaktor, Cuxhavener Nachrichten, 12.01.1985.

3. Das institutionelle Bestandsinteresse als strategische Variable für die Wahrnehmung von Wechselbeziehungen zwischen Krankenversicherung, Kostendämpfung und Beschäftigung

Sinnvoll erscheint zuletzt auch noch die Frage, durch welche Einflußfaktoren die bisherige Wahrnehmung und Bewertung der Wechselbeziehungen von Gesundheitsversorgung, Kostendämpfung und Beschäftigung durch die verschiedenen Ebenen der Krankenversicherungsträger verändert werden könnte. Als eine Hauptvariable ist dabei sicherlich das institutionelle Bestandsinteresse der verschiedenen Kassenarten und ihrer verschiedenen verbandlichen Ebenen zu betrachten. Soweit es dabei die Ortskrankenkassen betrifft, erscheint die Annahme zulässig, daß die Loyalität des AOK-Bundesverbandes gegenüber der Kostendämpfungsstrategie der verschiedenen Bundesregierungen dann ihre Einflußkraft gegenüber der Wahrnehmung, Bewertung und Handhabung der Beschäftigungswirkungen der Gesundheitsversorgung verliert, wenn deutlich wird, daß eine positive Wahrnehmung und aktive Handhabung dieser Wechselbeziehungen ein Hilfsmittel für die Mitgliederpolitik der Ortskrankenkassen ist. Wenn erkennbar wird, daß eine positive Wahrnehmung und aktive Handhabung diese Wechselbeziehungen der Ortskrankenkassen mehr Mitgliedererfolge ermöglicht als die Loyalität gegenüber der Kostendämpfungsphilosophie, dürften sich vor allem die Erörterung und Handhabung der Beschäftigungswirkungen der Gesundheitsversorgung auch durch den AOK-Bundesverband deutlich verändern. Hierfür spricht der Umstand, daß zeitgleich mit den heftigen strategischen Auseinandersetzungen im AOK-Bundesverband dort auf der operativen Ebenen, d.h. im Marketingbereich erste Konzepte einer gezielten Mitgliedererfolgung bei den Gesundheitsbeschäftigten erarbeitet worden sind.⁵⁷

Für den Bereich der Krankenhauswirtschaft, der den größten Teilarbeitsbereich innerhalb der Gesundheitswirtschaft darstellt, wurden damals folgende Überlegungen angestellt: "Im Krankenhausbereich sind ca. 800.000 Beschäftigte tätig, die durchweg im Angestelltenverhältnis stehen. Die zahlenmäßig größten Gruppen mit auch künftig beachtlichen Zuwachsraten sind das Pflegepersonal, der medizinisch-technische Funktionsdienst und der ärztliche Dienst. Die Zahl der Berufsanfänger dürfte allein im pflegerischen Bereich bei 25.000 Personen liegen. Wenn auch die Meinungsbildnerfunktion von Krankenhausangestellten insgesamt weniger stark

⁵⁷ Vgl. AOK-Bundesverband: Umsetzung der AOK-Marketing-Leitlinien, Bonn 14.5.1986.

ausgeprägt sein dürfte als etwa die des ärztlichen Hilfspersonals im ambulanten Bereich, weist die Datenlage den Krankenhaussektor als einen interessanten Teilmarkt für Mitgliedergewinnungsmaßnahmen aus. Entscheidender Ansatzpunkt solcher Maßnahmen ist auch hier das Personalbüro; Hauptinstrument demzufolge der Betriebsdienst. Aus Sicht der AOK besitzt das Krankenhaus aber nicht nur die Eigenschaft eines "gewöhnlichen" Arbeitgebers, sondern ist darüber hinaus Leistungserbringer und Empfänger von Beitragsmitteln der AOK. Aus dieser Sonderstellung ergeben sich spezifische Probleme, aber auch zusätzliche Ansatzpunkte für die Mitgliedergewinnung."⁵⁸

Diese Fußnote ist übrig geblieben oder übersehen worden (kann sie nicht finden)

52) Vgl. AOK-Bundesverband: Thesen der AOK zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, a.a.O., S. 21 ff.

⁵⁸ Vgl. AOK-Bundesverband: Zielgruppenorientierte Kommunikation: Krankenhausmitarbeiter, Beratungsunterlage, Bonn 04.1.1985.