

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

PRIVATISIERUNG UND BESTEUERUNG DES GESUNDHEITSWESENS:

**Qualitätsminderung der älterenbezogenen Versorgung
am Beispiel der
Krankenhauswirtschaft**

Beitrag zum VdK-Forum
**Die demographische Täuschung:
Bevölkerungswandel als Vorwand für eine Politik der Verarmung**
Schloß Tutzing
21. und 22.03.2007

1. Gesundheitsversorgung: Vom „Kostenfaktor“ zur Steuerquelle

Wenn man die Analysen und Kritiken der nun seit einigen Wochen verabschiedeten „Gesundheitsreform“ überblickt, dann haben vor allem diejenigen Analysen und Kritiken Tiefgang, die auf die Täuschungen und auf die Widersprüchlichkeiten hingewiesen haben, die mit dieser Gesundheitsreform 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 Monopolisierung der Finanzierungsseite der Gesundheitsversorgung – mithin zunächst das Gegenteil von Wettbewerb in diesem Bereich.¹

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

¹ Vgl. u.a. Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.): Wettbewerbschwächungsgesetz statt Finanzierungsreform. In: Kennzeichen BKK, Essen 5/2006.

Die Kassenseite sei durch die im Gesetz vorgeschriebene Ausschreibungspflicht für den Leistungsbezug bei gleichzeitiger Freistellung von den für Unternehmen ansonsten geltenden nationalen und gemeinschaftlichen Wettbewerbsvorschriften zu einem regelrechten Nachfragemonopolisten gemacht worden.²

Man muss in der Analyse und Kritik des Reformgesetzes aber noch einen Schritt weiter gehen wie das auch schon in einer Stellungnahme für den Bund der Steuerzahler geschehen ist:³

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, erfolgt und erfolgen wird:

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

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

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

Mit dem Reformgesetz hat die Große Koalition letztlich drei teilweise widersprüchliche Ziele anvisiert bzw. Ergebnisse bewirkt : Einmal wird das herkömmliche korporatistische Gesundheitswesen in eine kommerzielle Gesundheitsbranche und damit in eine sprudelnde Steuerquelle umgewandelt. Gleichzeitig wird die Krankenversicherung zu einem quasi-staatlichen Monopolisten gemacht, der die Preise der mehrheitlich mittelständischen Gesundheitswirtschaft bestimmt. Zuletzt wird, in Fortsetzung der bald schon jahrzehntelangen Sozialabbaupolitik mit dem Instrument der Zusatzbeiträge ein Wettbewerb der verbleibenden 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 zur Vermeidung von Steuerausgaben.⁴

Die Umgestaltung auch der Sozialen Krankenversicherung selbst in einen 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.⁵

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.⁶ 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.⁷

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

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

⁶ 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 sowie Die neuen Wahltarife: Privatversicherungsrechtliche Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: PKV Publik, Köln 2/2007, S. 15-17.

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

2. Politik der Exportexzesse und Rückgang der Steuereinnahmen

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 klängen da irgendwie griffiger.⁸

Wenn man sich aber in der Analyse und Kritik der Gesundheitsreform bei diesen in den zurückliegenden Monaten längst ausdiskutierten Offensichtlichkeiten aufhalten würde, 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.

⁸ Vgl. bspw. Sozialverband VdK-Deutschland: A.a.O.

Man muss nach den Ursachen tiefergraben: Es ist mittlerweile ein Gemeinplatz der wirtschaftspolitischen Diskussion in Deutschland, dass die Masseneinkommen seit reichlich zehn Jahren stagnieren, während die Unternehmensgewinne, die Selbstständigeneinkommen sowie die Vermögenseinkommen expandieren, dass die Inlandsnachfrage zurückbleibt, während der Auslandsabsatz Rekorde um Rekorde erzielt.⁹ Warum die regelrechten Exportexzesse der deutschen Volkswirtschaft aber anstelle kaufkraftstärkender Gesundheits- und Sozialpolitik, d.h. anstelle von Neben-Lohnpolitik, wenn schon nicht Haupt-Lohnpolitik¹⁰ aber eine geradezu fanatische Politik der Sozialrestriktionen einerseits und der Privatisierung und Liberalisierung andererseits bewirken, blieb bisher ungesagt.

Zunächst muss man die Exportexzesse seit dem Antritt der seinerzeitigen rot-grünen Koalition zur Kenntnis nehmen:

Die Exportüberschüsse der deutschen Wirtschaft sind von rund 60 Milliarden Euro im Jahre 2000 auf reichlich 160

⁹ 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.

¹⁰ 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.

Milliarden EURO im Jahre 2005 hochgeschossen – eine Steigerung um rund 270 Prozent – und 2006 wird dies noch mehr werden.¹¹

Übersicht 1: Exportexzeß in Deutschland 1991-2005

Dass dieser Exportexzeß durch die seit den neunziger Jahren stagnierenden Arbeitseinkommen, sowie durch die Zerstörung vollwertiger Arbeitsverhältnisse und durch Hocharbeitslosigkeit ermöglicht wurde, ist ebenfalls vielfach erörtert und belegt.¹²

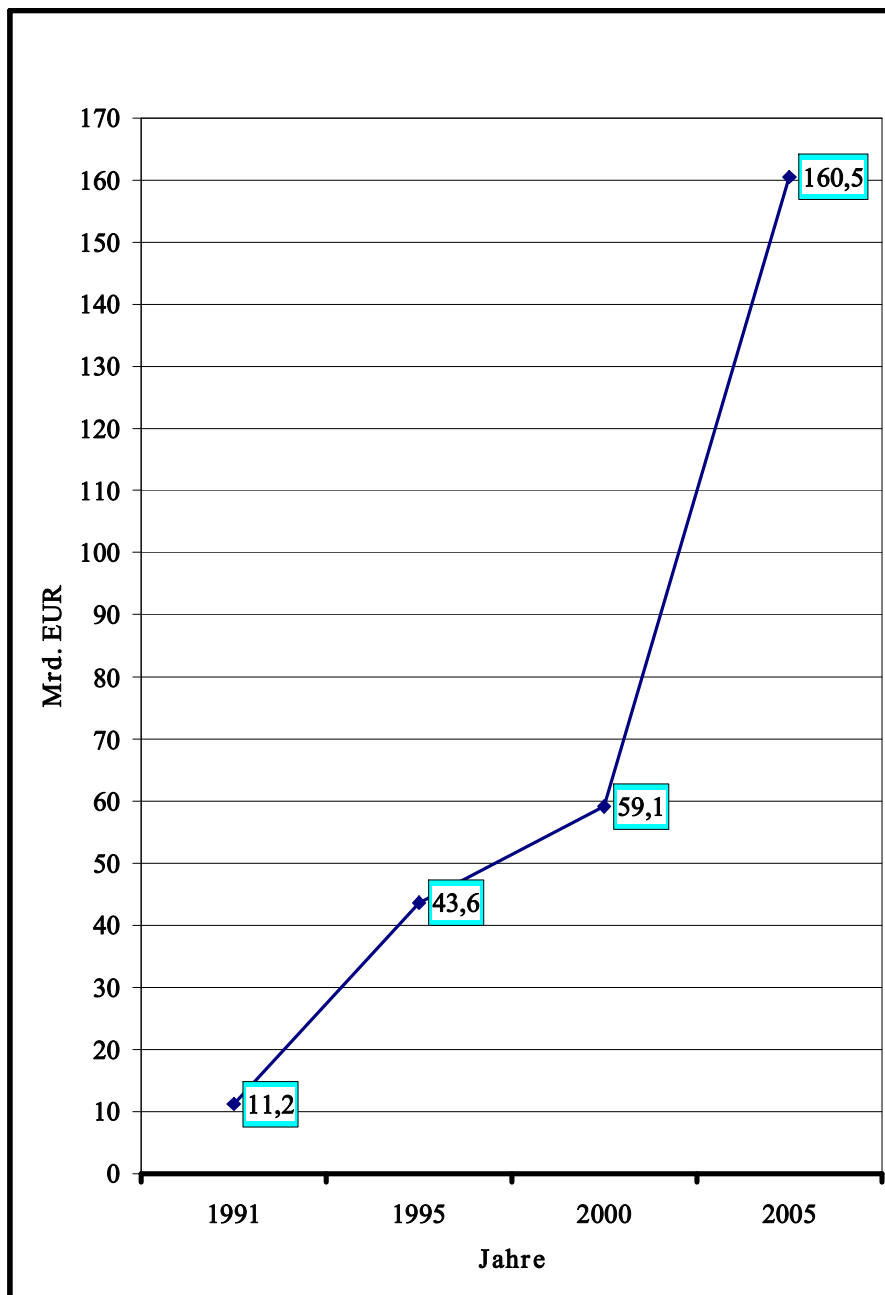
Wichtig für das Thema Gesundheitsversorgung und Gesundheitsreform ist dabei, dass dieser Exportexzeß einen bedeutenden Teil der Wertschöpfung dem inländischen Verbrauch und damit auch der inländischen Verbrauchsbesteuerung, d.h. der Mehrwertbesteuerung entzieht.

¹¹ Vgl. Süddeutsche Zeitung, 09.02.2007.

¹² Vgl. Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (Hrsg.): Memorandum 2006, Köln 2006.

Übersicht 1:

Exportexzeß*
in
Deutschland
1991-2005



Grafik: Markus Steinmetz

* Ausfuhrüberschuss

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

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. Auch hier empfiehlt sich ein Blick auf die Zahlen.

Man weiß und es wurde beim VdK-Forum 2006 auch ausgiebig erörtert, dass es eine „Lohn der Angst vor Arbeitslosigkeit-Politik“ und eine Politik der sozialen Verunsicherung sind¹³ mit der die Masseneinkommen zum Stagnieren gebracht worden sind. Sie sind im Zeitraum 2000 bis 2005 von 910 Milliarden EUR nur auf 981 Milliarden EURO, also nur um gerade 8 Prozent gestiegen.

Übersicht 2: Masseneinkommenstagnation in Deutschland 1991-2005

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

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: Umsatzsteuerstagnation in Deutschland 1991 – 2005

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

¹⁴ 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. EUR	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.

3. Ersatzfinanzierung des Staates aus den Sozialversicherungen

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

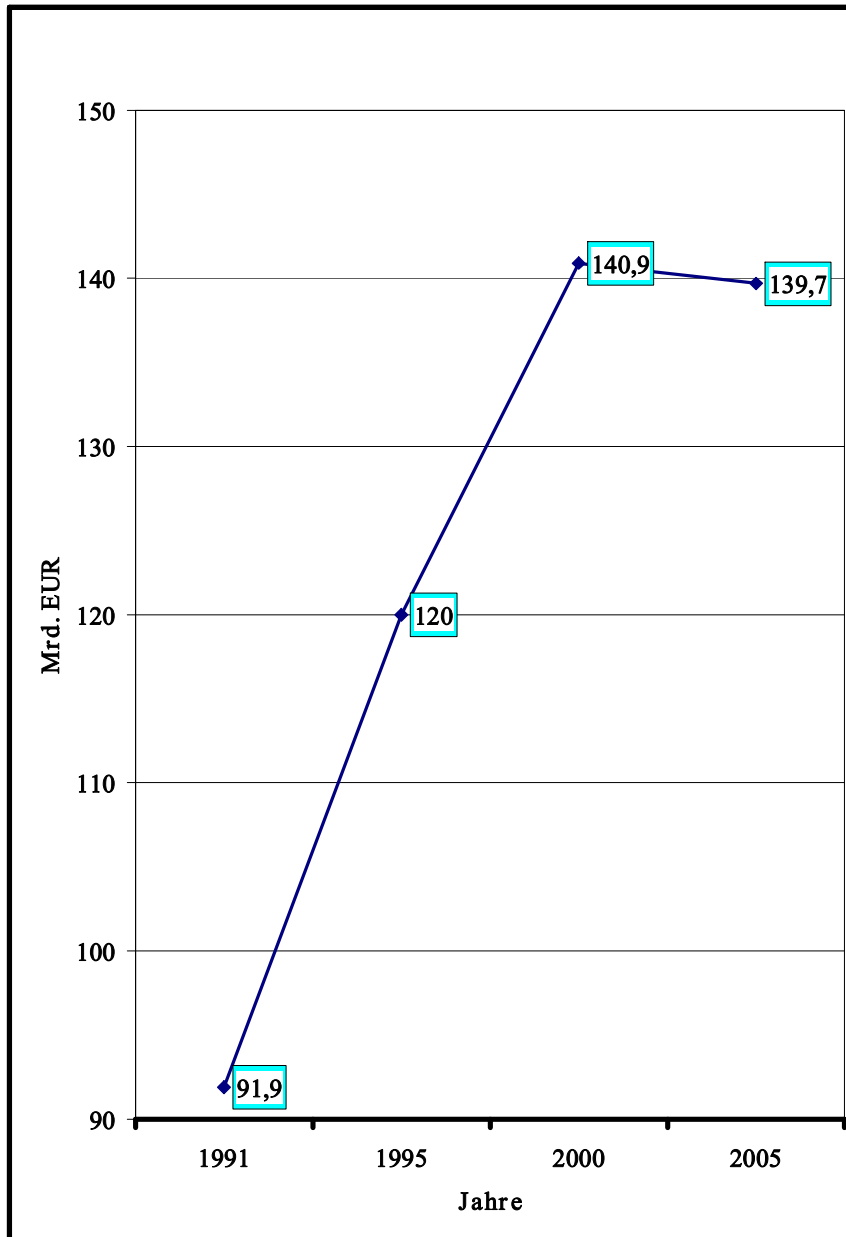
Eher unbekannt ist dem Zeitungsleser, dass die Politik außerdem mit Hilfe der sogenannten „Versicherungsfremden Leistungen“ jährlich auch noch 65 bis 70 Milliarden EUR aus den Sozialversicherungen abgeschöpft, in dem sie diesen zu wenig für aufgenötigte Fremdleistungen erstattet.

Übersicht 4: Finanzierung von Staatsaufgaben aus der Sozialversicherung in Deutschland 2005

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.

Übersicht 3:

**Umsatzsteuerstagnation
in
Deutschland
1991-2005**



Grafik: Markus Steinmetz

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

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.

Dabei darf nicht vergessen werden dass das politische System schon vor der Mehrwertsteuererhöhung aus den Sozialeinkommen etwa 100 Milliarden EUR an Mehrwertsteuer abgeschöpft hat.

Übersicht 5: Mehrwertsteuerabschöpfung der Sozialeinkommen in Deutschland 2003

In diesen 100 Milliarden EUR Steuerabschöpfung aus den Sozialeinkommen waren ca. 30 Mrd. EUR 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.

Übersicht 4:

**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.

Übersicht 5:

**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.

Natürlich hat das politische System die Exportexzess-Defizite allein schon durch die erhöhte Umsatzbesteuerung der Sozialeinkommen ganz ansehnlich abbauen können – etwa um 20 Milliarden EURO mindestens.¹⁵ 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.¹⁶

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 sie ein zusätzliches Besteuerungsobjekt von enormen Dimensionen: Derzeit 234 Milliarden EUR.

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

¹⁶ 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.

Im Unterschied zu der vom Wissenschaftlichen Beirat des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie getroffenen Feststellung, dass das Wettbewerbsziel des Reformgesetzes auf der Krankassenseite in Wirklichkeit eine Monopolsituation schaffe¹⁷, beschleunigt das Wettbewerbsziel des Reformgesetzes vorrangig auf der Leistungserbringungsseite die Umwandlung und Erweiterung des korporatistischen Gesundheitswesens in eine kommerzielle Gesundheitsbranche. Dabei ermöglicht das Kassenmonopol verschärfte Einsparungen und die Gesundheitskommerzialisierung erweiterte Besteuerungen.

Die von zahlreichen Kritikern des Reformgesetzes bemängelte „Widersprüchlichkeit“¹⁸ ist in Wirklichkeit eine politisch wohlgelungene Funktionalisierung der Gesundheitsversorgung für Zwecke der Staatsfinanzierung für die Bewältigung der fiskalischen Folgen der anhaltenden Exportexzesse.

Die nachfolgende Übersicht zeigt nur einige der zahlreichen Regelungen des Reformgesetzes, mit denen die Gesundheitswirtschaft als Besteuerungsobjekt erschlossen wird.

¹⁷ vgl. Fußnote 2

Übersicht 6: Erschließung der Gesundheitswirtschaft als Besteuerungsobjekt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

4. Kostendämpfung, Ökonomisierung und Privatisierung in der Krankenhausversorgung

Es ist die Krankenhausversorgung in Deutschland, die wegen ihres Volumens von derzeit rund 68 Milliarden EUR und damit rund 29 Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsaufwendungen¹⁹ einerseits und ihrer schwachen gesundheitspolitischen Interessenvertretung andererseits²⁰ seit zwei Jahrzehnten als Erprobungsgelände und als Hauptkriegsschauplatz von Sparpolitik einerseits und Kommerzialisierungspolitik andererseits dient.

Bruckenberger und Goeschel haben in der Vergangenheit immer wieder, auch anlässlich mehrerer Symposien des VdK, auf die Paradoxie in der Krankenhauspolitik hingewiesen, dass die jahrzehntelange Krankenhaussparpolitik mit Bettenabbau, Budgetierung, Investitionsstopp und Fallpauschalenfinanzierung gleichzeitig die

¹⁸ Vgl. Fußnote 1

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

²⁰ Vgl. Goeschel, Albrecht: Konzentration in der Krankenhauswirtschaft. In: Sozialverband

Kommerzialisierung und Privatisierung und damit eine Aufwandsexpansion im stationären Sektor forciert hat.²¹ In der Krankenhausversorgung wurden und werden sektoral diejenigen Politikmuster experimentiert und praktiziert, die jetzt mit dem Gesundheitsreformgesetz übersektoral umgesetzt werden.

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.²² Mittlerweile haben die meist privaten Rehakliniken bereits einen Anteil von 25 Prozent am Gesamtbettenbestand des stationären Sektors.

Übersicht 7: Umschichtung von den Akutkrankenhäusern zu den Rehakliniken in Deutschland 1991-2005

VdK Bayern (Hrsg.): Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten? München 2001, S. 15 ff.

²¹ 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.

²² Vgl. Bruckenberger, Ernst: 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
- Anordnung oder Eingliederung dienstleistender und steuerpflichtiger Einrichtungen für alle Leistungsanbieter und Kostenträger (Telematik, Qualitätskontrolle, Regionalindikatoren, Service)
- Differenzierte umsatzsteuerliche Bewertung bisher umsatzsteuerbefreiter Leistungen
- Etc.

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.²³

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

Übersicht 8: Anteilzunahme der Privatkrankenhäuser in Deutschland 1993-2003

Von interessierter Seite, Klinikkonzernen und Finanzierungsinstituten, werden für die Zukunft bis zu 40 Prozent Privatanteil am Akutkrankenhausbestand erwartet.²⁴

²³ 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, 01.12.2005, 24.08.2006, 17.10.2006, und 11.12.2006.

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

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.

Wichtiger als die trägerschaftliche Privatisierung aber ist vielleicht noch die stufen- und schrittweise Anpassung auch der öffentlichen Krankenhäuser an das Ziel der Überschusserzielung und Gewinnsteigerung der privaten Klinikkonzerne und damit eine verhaltensmäßige Ökonomisierung²⁵ und Kommerzialisierung auch der öffentlichen Krankenhäuser.

Dieser operative, nicht unbedingt rechtsformale Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozess 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“.²⁶ Im Jahre 2004 waren nur noch rund 22 Prozent der Krankenhäuser der eigentlichen Ökonomisierung und damit

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.

²⁶ 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.

möglichen Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung durch die DRG-Fallpauschalenfinanzierung nicht unterzogen.

Übersicht 9: Übergang der Krankenhäuser zur DRG-Finanzierung in Deutschland 2003 und 2004

5. Ärztestreik: Antwort auf Sparpolitik und Profitstreben

An dieser Stelle muss auf den großen Krankenhausärztestreik vom Sommer 2006 eingegangen werden. Dieser Streik richtete sich gegen die öffentlichen, meist kommunalen Krankenhäuser und die Universitätskliniken. Bei diesem Streik ging es vorrangig darum, die von diesen Arbeitgebern mit ihren spezifischen Bedingungen lokal-, partei- und landespolitischer 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.²⁷

²⁷ Vgl. Süddeutsche Zeitung, 25.05.2001 und 29.11.2005.

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.

Übersicht 9:

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

Krankenhäuser Finanzierung	Anteile an allen Krankenhäusern Prozent	
	2003	2004
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.

Der Verlauf des Streiks und die Darstellungen 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.^{28 und 29}

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 auch mit sozialunternehmerischen Strategien und Produktkonzepten³⁰ zu führen, und dass es nicht zwingend

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 Krankenhausarbeitgeber, die ab 2002 verstärkt aus dem bestehenden Tarifsystem auszusteigen begannen, um den Spar- und Ökonomisierungsdruck insbesondere durch die Fallpauschalenfinanzierung als Personalkostensenkungen weitergeben zu können. –Vgl. Handelsblatt, 17.09.2002; Stuttgarter Zeitung, 18.09.2002 und, Die Welt, 17.09.2002.

nötig ist, sie als zuerst als Sparbüchse und dann als Investorenwiese und zuletzt als neue Steuerquelle zu betrachten.

6. Kosteneinsparung und Gewinnerzielung durch Behandlungsbeschleunigung

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: Kostenstruktur der Krankenhauswirtschaft in Deutschland 1993-2003

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 (Hrsg.): Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten? München 2001, S. 87 ff.

Übersicht 10:

**Kostenstruktur der Krankenhauswirtschaft
in
Deutschland
1993 - 2003**

Kostenanteile Kostenarten	Anteil der Kostenarten an den Gesamtkosten Prozent	
	1993	2003
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.

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

Diese Produktivitätssteigerung der Krankenhausarbeit, die als Budgetierung den Krankenkassen und als Ertragssteigerung 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.³¹

³¹ Vgl. Süddeutsche Zeitung 29.08.2005.

Übersicht 11:

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

<p>Jahre</p> <p>Krankenhaus- kennzahlen</p>	<p>Entwicklung der Krankenhauskennzahlen 2003 gegenüber 1993</p> <p>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.

Schon mit den Reformgesetzen zu Anfang der neunziger Jahre haben die Krankenhäuser eine breite Palette von Maßnahmen zur besseren Ausnutzung von weniger Personal ergriffen. Diese reichen von Standortschließungen und Fachabteilungsaufösungen, aber auch Fachabteilungserweiterungen³² über 60 Stunden Wochenarbeitszeiten bei den Ärztinnen und Ärzten³³ einerseits und Outsourcing bis zur missbräuchlichen Beschäftigung von Zivildienstleistenden und Ein-Euro-Jobbern durch börsennotierte Klinikkonzerne andererseits.³⁴ Eine besonders elegante Form der Bestausnutzung des Krankenhauspersonals ist die bevorzugte Gewinnung und Behandlung weniger aufwendiger Erkrankungsfälle. Hier kann dann mit wenig Personal eine besonders hohe Zahl von Fällen abgearbeitet und vor allem abgerechnet werden³⁵.

Unbestreitbar ist andererseits, dass in der Krankenhauversorgung ein erheblicher Bedarf an

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.

Ablaufverbesserung besteht, der auch die Behandlungsqualität erhöht.³⁶

7. Zunahme älterer Krankenhauspatienten als demographische Barriere für Hochgeschwindigkeitsbehandlung

Angesichts dieser Lage und Entwicklung muss bedacht werden, dass bis zum Jahre 2020 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 wird. Es werden dann nicht mehr 5,5 Millionen Behandlungsfälle in diesem Alter, sondern 8,5 Millionen Behandlungsfälle in diesem Alter sein.

Übersicht 12: Älterenzunahme an den Krankenhauspatienten in Deutschland 1998-2020

Die in der gesamten Krankenhausreform und Gesundheitsreform angelegte Unterscheidung zwischen „lukrativen“ und „nicht lukrativen“ Patientinnen und Patienten³⁷ wird sich auch angesichts der drohenden Rente 67-Altersarmut dann noch weiter dramatisieren.

³⁶ Vgl. Süddeutsche Zeitung, 25./26.02.2001

³⁷ Vgl. Süddeutsche Zeitung, 21.12.2006.

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.

Welch eine Gesinnung sich mittlerweile im Politischen System gegenüber dem beschriebenen Grund-Gegensatz von Exportexzess und Älterenbehandlung ausgebreitet hat, trägt 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 plädiert für eine „ehrliche“, d.h. offene Debatte über das Thema „Rationierung“ von Krankenhausleistungen.³⁸

³⁸ Vgl. Eike Hovermann: „Plädoyer für eine ehrliche Rationierungsdebatte: Zur Künftigen Entwicklung der stationären Versorgung“. In: PKV Publik, 6/2006, S. 68 ff.