

**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](http://www.prof-goeschel.com)

**FAMILIENORIENTIERTE KEHRTWENDE  
IN DER  
GESUNDHEITSPOLITIK:  
GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN UND  
GESUNDHEITSLLEISTUNGEN  
ALS  
ZENTRALE EXISTENZVORAUSSETZUNG  
FÜR  
ELTERN, KINDER UND GROSSELTERN**

## 1. Große Koalition: Addiergerät für Sozialbelastungen

Die sogenannten „Medien“ laborieren seit Monaten am Dauerthema „Was ist das Besondere an dieser Großen Koalition?“ herum.

Nach den Zeitungsmeldungen von Mitte März 2006 über die „Kleine Kopfpauschale“ wissen wir jetzt die Antwort: Frühere Regierungen haben nach den Wahlen regelmäßig ihre sämtlichen falschen Versprechungen vergessen und annulliert – diese Regierung tat dagegen genau das Gegenteil: Sie addiert die von den Beteiligten vor den Wahlen angedrohten sozialen Einzelgemeinheiten zu einer Gesamtgemeinheit, sprich: Höhere Mehrwertsteuer plus höhere Beiträge plus zusätzliche Kopfpauschale plus weniger Rente.

Das ist also das „Besondere“ an dieser Großen Koalition.

Daneben macht diese Große Koalition auch noch ein bisschen familienpolitisch herum. Da nicht so ganz klar ist, wie und was dabei eigentlich herauskommen soll und wird, muss man hier wohl an einige grundlegend wichtige Dinge erinnern.

## 2. Krankenversicherungspolitik und Gesundheitspolitik sind auch Familienpolitik

Zu diesen wichtigen Dingen gehört die ganz enge Verwobenheit von Krankenversicherungspolitik, Gesundheitspolitik und Familienpolitik in der Rechtsfigur der beitragsfreien Familienkrankenhilfe nach § 205 RVO bzw. in der Rechtsfigur der beitragsfreien Familienversicherung nach § 10 SGB V.

Zu diesen wichtigen Dingen gehört, dass erst die Errichtung einer sozialen Krankenversicherung im Deutschen Reich Ende des 19. Jahrhunderts es breiten

Arbeiterschichten ermöglichte, durch die Mitversicherung von Ehefrauen und Kindern bürgerliche Ehen zu schließen und eheliche Familien zu gründen.<sup>1</sup>

In der aktuellen geschlechterpolitischen Gender-Mainstreaming Diskussion ist es ein zentrales Thema, dass der wohlfahrtsstaatliche Gesellschaftsvertrag zwischen Kapital und Arbeit einen ehe- und familienrechtlichen Geschlechtervertrag mitumfasst, nach dem die soziale Sicherung und gerade auch die soziale Krankenversicherung von Frauen und Kindern, trotz aller Modifikationen, noch auf der Normalarbeit von Ehemännern und Familienvätern aufruht.<sup>2</sup>

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

Ein regelrecht ärgerliches Paradebeispiel ist hier der sogenannte "Familienatlas", eines "Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend" aus dem Jahre 2005.<sup>3</sup> Dieses Werk soll zwar die Voraussetzungen für eine regionalorientierte Familienförderung aufzeigen. Hierzu werden dann auch regionale Indikatoren zu Demographie, Infrastruktur, Arbeitsmarkt etc. dargestellt.

Man glaube aber bitte nicht, dass in diesem famosen "Familienatlas" die für Familien existenziell wichtige regionale Versorgung mit Arztpraxen, mit

---

<sup>1</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Frauenpolitik und Krankenversicherung: Anmerkungen zu einem Defizitthema. In: Die Sozialversicherung, Heidelberg 2/1989

<sup>2</sup> Vgl. Holst, Elke, Maier, Frederike: Normalarbeitsverhältnis und Geschlechterordnung. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Stuttgart 3/1998 sowie Young, Brigitte: Politik und Ökonomie: Eine Geschlechterkritik. In: Kreisky, Eva, Sauer, Birgit (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse im Kontext politischer Transformation. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 28/1997

<sup>3</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Potenziale erschließen - Familienatlas 2005

Krankenhausbetten oder mit Pflegeheimplätzen aufgezeigt oder auch nur angesprochen würde - weit gefehlt.<sup>4</sup> Dafür findet man dort so eigenartige Indikatoren für nicht wirklich familien-freundliche Regionen wie bspw. die Zahl der Körperverletzungen und Einbruchdiebstähle je 100.000 Einwohner.<sup>5</sup>

### **3. Die gegenwärtige Gesundheitspolitik ist vor allem „negative“ Familienpolitik**

Aber auch umgekehrt ist es nicht besser: Nicht nur die Familienpolitik in diesem Lande will nichts davon wissen, dass sie gerade auch Gesundheitspolitik zu sein hätte - auch die Gesundheitspolitik in diesem Lande will nichts davon wissen, dass sie in hohem Maße auch Familienpolitik praktiziert. Und es kommt noch schlimmer: Die Gesundheitspolitik in diesem Lande beteiligt sich immer noch und schon wieder lächelnd an allen nur denkbaren gesundheitlichen Reformgemeinheiten, die den Familien in diesem Lande angetan wurden und angetan werden.

Hierzu muss man nur einen einzigen kurzen Blick auf die beiden Horrorkataloge zum Abbau von Krankenkassenleistungen und zur Zuzahlung zur Gesundheitsversorgung werfen: Man kann dann unschwer erahnen, was dies alles für Kinder, Eltern und Großeltern bedeutet, die nicht zu den "Gutverdienern" und zur "Neuen Mitte" gehören. Und dieser Katalog reicht ja nur bis zum Jahre 2000. Heute, 2006 wäre er wohl schon doppelt so lange.

#### Übersicht 1: Abbau von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung 1977 bis 2000

---

<sup>4</sup> Ganz im Unterschied zu diesem "Familienatlas" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend stellt der Familienatlas des Deutschen Jugendinstitutes den Bereich Gesundheitsversorgung in angemessener Breite dar. Vgl. Bauereiss et al.: Familienatlas II: Lebenslagen und Regionen in Deutschland. Hrsg.: Deutsches Jugendinstitut München, Opladen 1997

## Übersicht 2: Zuzahlungen und sonstige Belastungen der Gesetzlichen Krankenversicherten 1977 bis 2000

Aber nicht nur eine weitgehend gesundheitsignorierende Familienpolitik <sup>6</sup> und eine familienaggressive Gesundheitspolitik signalisieren, dass es wohl am besten ist, von "Familie" überhaupt die Finger zu lassen - was dann eine sogenannte Bevölkerungspolitik wieder zunehmend beweint.

Nein, es ist der unselige Dreibund von Familienpolitik, Gesundheitspolitik und Arbeitsmarktpolitik, der Kinder, Eltern und Großeltern vor allem im Osten, aber auch in den Ballungsräumen des Westens und Nordens in größte Bedrängnis bringt. Diese Bedrängnis hört auf den hässlichen Namen "Hartz IV" und stempelt mindestens sechseinhalb Millionen Menschen in Deutschland zu einer ausgegrenzten Unterschicht unter Behördenaufsicht. <sup>7</sup>

Karte: Sozialgeldbezug Kinder unter 15 Jahre

---

<sup>5</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): A.a.O., S.10

<sup>6</sup> Am grundsätzlichen Disengagement der Familienpolitik gegenüber dem Bereich der Gesundheitspolitik ändern auch allerlei gesundheitsbezogene Aktivitäten familienbezogener Einrichtungen nichts. Ein gutes Beispiel für solche eher symbolischen Umtriebe ist die Veranstaltung "Vernetzung - Macht - Gesundheit" zum Zusammenwirken von Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten. Vgl. Regiestelle E & C der Stiftung SPI Sozialpädagogisches Institut Berlin "Walter May", Berlin 2003

<sup>7</sup> Vgl. Der Paritätische Wohlfahrtsverband - Gesamtverband (Hrsg.): Zu wenig für zu viele, Berlin 2005

Übersicht 1

**Abbau von Leistungen der  
Gesetzlichen Krankenversicherung  
1977 bis 2000**

- 1977: Reduktion des Kassenzuschusses für Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen auf 80 Prozent
- 1977: Aufhebung der Kostenübernahme für Fahrtkosten
- 1982: Reduktion des Zahnersatzzuschusses um weitere 20 Prozentpunkte
- 1982: Einschränkung der stationären Verweildauer bei normaler Entbindung auf 6 Tage
- 1983: Streichung von Bagatellarzneimittel (Arzneimittel gegen Erkältungskrankheiten, Reisekrankheiten, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel) aus dem GKV-Leistungskatalog
- 1984: Reduktion des verfügbaren Einkommens durch (stärkere) Einführung der Beitragspflicht für Einmalzahlungen
- 1989/1997: Reduktion und Streichung des Zuschusses zu Brillengestellen
- 1989: Kürzung und auf Dauer Streichung des Sterbegeldes
- 1989: Reduktion des Anspruchs auf Sehhilfen (Abhängigkeit von Verschlechterung der Sehschärfe)
- u.a. 1989: Reduktion der Härtefallberechtigung durch Berücksichtigung von Haushaltseinnahmen statt nur der Einkommen bei der Anspruchabwägung
- 1993: Streichung bestimmter Formen von Zahnersatz (z.B. große Brücken)
- 1993: Streichung kieferorthopädischer Behandlungen für Erwachsene mit engen Ausnahmen
- 1993: Reduktion des verfügbaren Einkommens bei freiwillig versicherten Rentnern durch Beitragspflichtigkeit aller Einkünfte
- 1997: Dauer von medizinischer Rehabilitation von 4 auf 3 Wochen gekürzt; Wiederholungsintervall von 3 auf 4 Jahre verlängert
- 1997: Streichung des Kassenzuschusses für Zahnersatz für die Jahrgänge 1979 und jünger (1999 wieder rückgängig gemacht)
- 1997: Kürzung der Höhe des Krankengelds von 80 auf 70 Prozent des regelmäßigen Bruttoentgelts, Kürzung des Anteils am Nettoentgelt von 100 Prozent auf 90 Prozent (1999 rückgängig gemacht bis auf die Kürzung des Nettoanteils)
- 1997: tlw. Streichung der Gesundheitsförderungsleistungen und ausschließliche Finanzierung aus Versicherungsbeiträgen (2000 tlw. wieder eingeführt)
- 2000: wiederholter Versuch, die Streichung der Bagatellarzneimittel umzusetzen (Aktionsprogramm)

Quelle: Bernhard Braun: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen - Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln? Hrsg.: GEK- Gmündner Ersatz-Kasse

Übersicht 2

## Zuzahlungen und sonstige Belastungen der Gesetzlich Krankenversicherten 1977 bis 2000

- 1977: Einführung einer Zuzahlung von 1 DM pro Arzneimittelverordnung
- 1977: Einführung einer Eigenbeteiligung von 20 Prozent für kieferorthopädische Behandlung
- 1982: Einführung einer Eigenbeteiligung an krankheitsbedingten Fahrtkosten von 3,50 DM je Fahrt
- 1982: Erhöhung Zuzahlung bei Arzneimitteln auf 1,50 DM und 4 DM für Heilmittel und Brillen (ab 16. Lebensjahr)
- 1982: Erhöhung Zuzahlung für Fahrtkosten auf 5 DM
- 1983: Erhöhung Zuzahlung Arzneimittel auf 2 DM
- 1983: Einführung Zuzahlungspflicht bei Krankenhausbehandlung von 5 DM/Tag und max. 14 Tage je Jahr
- 1983: Einführung Zuzahlung für Kuren der GKV und GRV von 10 DM/Tag und max. 30 Tage/Jahr
- 1989: Erhöhung der Zuzahlung für Arzneimittel ohne Festbetrag auf 3 DM
- 1989: Erhöhung der Zuzahlung für Heilmittel auf 4 DM (ab 16. Lebensjahr) und 10 Prozent ab dem 18. Lebensjahr
- 1989: diverse Erhöhungen der Eigenanteile bei Zahnersatz und Kieferorthopädie
- 1989: Erhöhung Zuzahlung Krankenhaus auf 10 DM für max. 14 Tage
- 1989: u.a. Erhöhung Eigenbeteiligung Fahrtkosten auf 20 DM je Fahrt
- 1993: Wiedereinführung der Zuzahlungspflicht für alle Arzneimittel; Zuzahlungsbetrag nach Preisklassen (1993) und Packungsgrößen (ab 1994) in Höhe von 3 DM, 5 DM und 7 DM
- 1993: Streichung kieferorthopädischer Behandlungen für Erwachsene mit engen Ausnahmen
- 1993: Reduktion des verfügbaren Einkommens bei freiwillig versicherten Mitgliedern durch Beitragspflichtigkeit aller Einkünfte
- 1993: Erhöhung der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt auf 11 (1993)/12(ab 1994) DM (West) bzw. 8/9 DM (Ost)
- 1997: Dauer von medizinischer Rehabilitation von 4 auf 3 Wochen gekürzt, Wiederholungs-Intervall von 3 auf 4 Jahre verlängert
- 1997: Streichung des Kassenzuschusses für Zahnersatz für die Jahrgänge 1979 und jünger; rückgängig gemacht im Jahr 1999
- 1997: Kürzung der Höhe des Krankengeldes von 80 auf 70 Prozent des regelmäßigen Bruttoentgelts, Kürzung des Anteils am Nettoentgelt von 100 Prozent auf 90 Prozent  
1999: rückgängig gemacht bis auf die Kürzung des Anteils am Nettoentgelt
- 1997: Erhöhung der Zuzahlung für Kuren auf 25 DM

Quelle: Bernhard Braun: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen - Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln? Hrsg.: GEK- Gmündner Ersatz-Kasse

©  
Der Paritätische Wohlfahrtsverband  
-Gesamtverband e.V.-

Das Kartogramm kann als Datei in zwei verschiedenen Größen bzw. Auflösungen heruntergeladen werden von der Webseite: <http://www.paritaet.org>. Die Dateien sind abgelegt im Bereich "Fachinformationen".

#### 4. Familien als Gesundheitspotenzial

Man sollte aber auch die Realität von Gesundheitsversorgung und Familienleben, oder das, was die Statistik daraus macht, etwas näher betrachten. Zunächst gilt: 63 Prozent aller Privathaushalte in Deutschland sind Mehrpersonenhaushalte - ob mit oder ohne Kinder im Haushalt. Die deutliche Mehrheit in Deutschland lebte oder lebt also weiterhin in Familienverbänden - auch wenn diese noch kleiner werden und sich häufiger teilen und immer seltener Ehefamilien sein werden.<sup>8</sup>

##### Übersicht 3: Haushalte und Familien in Deutschland

Diese Größenordnung, dass etwa zwei Drittel aller Haushalte in Deutschland Familienhaushalte waren oder sind<sup>9</sup>, findet sich auch in der Krankenversicherung in Deutschland wieder.

Etwa 61 Prozent aller Einwohner in Deutschland sind Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung. Mit ihnen zusammen sind etwa 28 Prozent aller Einwohner als Familienmitglieder mitversichert.

##### Übersicht 4: Kranken- und Familienversicherung in Deutschland

Bei diesen Zahlenverhältnissen kann gar kein Zweifel bestehen, dass alles was im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung passiert und angerichtet wird, die Masse der Familien in Deutschland trifft.

---

<sup>8</sup> Vgl. Hullen, Gerd: Projektions of Living Arrangements, Household and Family Structures. In: Hullen, Gerd ed.: Living Arrangements and Households - Methods and Results of Demographic Projections. Hrsg.: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden 2000

<sup>9</sup> Auch Mehrpersonenhaushalte ohne Kinder sind mehrheitlich Haushalte, in die Kinder noch geboren werden oder aus denen die Kinder bereits ausgezogen sind.

## Übersicht 3

## Haushalte und Familien in Deutschland\*

Anteile an allen Privathaushalten	
In Prozent	
Mehrpersonen-Haushalte mit und ohne Kinder	Einpersonen- Haushalte
<b>63,0</b>	37,0

\*) 2003

Quelle: Bundeszentrale für Politische Bildung (Hrsg.): Datenreport 2004, Berlin  
2004

## Übersicht 4

## Kranken- und Familienversicherung in Deutschland\*

Versichertenart	Anteile an allen Einwohnern	
	In Prozent	
Versicherungsart	Versicherungs- mitglieder	Familienangehörige der Versicherungs- mitglieder
Gesetzliche Krankenversicherung	60,9	27,6
Private Krankenversicherung	8,9	2,1
Sonstige <sup>1</sup>	0,5	

\*) 1999

1) Sozialhilfeempfänger, Personen ohne Krankenversicherungsschutz etc.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens -  
Ausgabe 2001, Baden-Baden 2001

Umgekehrt müssen sinnvolle und tragfähige Struktur- und Funktionsreformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Gesundheitsversorgung am Angelpunkt "Familie" ansetzen und die familien- und insbesondere kinderbezogenen Regelungen und Leistungen neu ordnen.

Im übrigen zeigen die Zahlen zur Kranken- und Familienversicherung in Deutschland eines sehr schön deutlich: Jene Privaten Krankenkassen in Deutschland, die sich stets als die Hüter des Guten, Wahren und Schönen vordrängen, tragen zur Förderung des Grundwertes "Familie" so gut wie gar nichts bei - nämlich gerade einmal 2,1 Prozent mitversicherte Familienangehörige von der Bevölkerung.

Es gibt einige typische Halbwahrheiten und das sind bekanntlich die schlimmeren Lügen, im gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Diskurs in Deutschland. Eine dieser Halbwahrheiten besteht in der Unterdrückung und Verleugnung der Tatsache, dass die Krankenhausversorgung in Deutschland keineswegs nur Leistungsausgaben bei den Krankenkassen verursacht, sondern auch viele Milliarden EURO Beitragszahlungen an die Krankenkassen leistet.

Ähnlich ist es mit den Familien: Natürlich benötigen die Familien medizinische Fachdienstleistungen durch Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken etc. Aber die Familien erbringen ein Vielfaches an Gesundheitsförderung, Erkrankungsvorbeugung und Krankenbehandlung selbst - wenn man sie nicht willentlich behindert, entmutigt oder zerschlägt.

Übersicht 5: Kranke und Verletzte nach Familienstand in Deutschland

## Übersicht 5

## Kranke und Verletzte nach Familienstand in Deutschland\*

Familienstand	Kranke und Unfallverletzte an allen Einwohnern der jeweiligen Altersgruppen** nach Familienstand			
Altersgruppen	verheiratet	ledig	geschieden	verwitwet
40 bis unter 65 Jahre	10,7	12,0	16,4	16,6
65 und mehr Jahre	20,2	24,2	26,2	26,7

\*) 2003

\*\*) Bevölkerung mit Angaben zur Gesundheit

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2003

Schon die ganz schlichten Daten des Mikrozensus zeigen dies: Für die Altersgruppe ab 40 Jahren und insbesondere ab 65 Jahren gelten bei den Verheirateten unter ihnen die geringste Erkrankungshäufigkeit gegenüber etwa den Geschiedenen oder Verwitweten. Dies ist nicht verwunderlich: Zahlreiche Studien haben ergeben, dass verlässliche und vertrauensvolle Beziehungen, insbesondere Familienbeziehungen vor allem bei Männern positiv auf Gesundheit und Lebenserwartung wirken.<sup>10</sup>

Aber nicht nur die Erkrankungshäufigkeit ist bei solchen Personen niedriger, die in verlässlichen und vertrauensvollen Beziehungen leben als bei Vereinzelten. Auch die Behandlungshäufigkeit, ambulant wie stationär, liegt bei den Personen in größeren Haushalten bzw. Familien deutlich niedriger als bei den Vereinzelten.

#### Übersicht 6: Medizinische Behandlung und Haushalte/Familien in Deutschland

Mit der Verkleinerung der Haushalte bzw. Familien steigt also der Bedarf und die Inanspruchnahme an und von professionellen medizinischen Dienstleistungen: Natürlich spielt hier die andersartige Altersmischung der größeren Haushalte eine Rolle - aber erstens wird ein erheblicher Teil der Einpersonenhaushalte auch von jungen, noch alleinlebenden Personen gestellt und zweitens darf das erhöhte Selbsthilfepotenzial größerer Haushalte bzw. Familien nicht übersehen werden.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Vgl. u.a. Hradil, Stefan: Lebenssituation, Umwelt und Gesundheit. Hrsg.: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden 1997, S. 22 ff.

<sup>11</sup> Vgl. Forschungsverbund Laienpotenzial Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hrsg.): Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio 1987, S. 29 ff.

## Übersicht 6

## Medizinische Behandlung und Haushalte/Familien in Deutschland\*

Haushalte/ Familien	Behandelte Kranke und Unfallverletzte an allen Mitgliedern der Haushalte/Familien nach Haushaltsgrößen				
	In Prozent**				
Behandlung	Vier- und Mehr- personen- Haushalte	Drei- personen- Haushalte	Zwei- personen- Haushalte	Ein- personen- Haushalte	Haushalte insgesamt
Ambulante Behandlung	4,1	5,5	10,2	13,5	7,9
Stationäre Behandlung	0,6	0,9	1,8	2,2	1,3

\*) 2003

\*\*) Bevölkerung mit Angaben zur Gesundheit

Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2003

## **5. Familien als Steinbruch für Kostendämpfung und Medizingeschäft**

Was heißt das also, dass einerseits die Gesetzliche Krankenversicherung mit ihrer Familienversicherung für die Familien in Deutschland eine so eminente Stabilisierungsfunktion erfüllt und dass andererseits die Familien offenbar noch einen ganz gewaltigen Anteil von Gesundheitsförderung, Erkrankungsvorbeugung und Krankenbehandlung in eigener Regie erbringen?

Das bedeutet: Wenn die Krankenkassen ihre Beitragseinnahmen erhöhen wollen, müssen sie nur entweder die Leistungen für die mitversicherten Familienmitglieder abbauen oder diese mitversicherten Familienmitglieder aus der Mitversicherung herausdrängen und zu eigenständigen Beitragszahlern machen.

Der medizinisch-ökonomische Komplex seinerseits kann vor allem dann gewinnorientiert weiter expandieren, wenn die Selbsthilfekapazitäten der Familien weiter zurückgehen und diese selbst möglichst klein werden.

Bleibt dann wiederum der Staat, der bei solchen Entwicklungen vermehrte Ergänzungszahlungen etc. leisten müsste und dies weder will noch kann, d.h. der ein minimales Quentchen Familie dann doch wieder braucht: Dies zeigen die eher lächerliche Konzeption bei gleichzeitig aufwändiger Finanzierung der Familienpolitik einerseits und der Missbrauch der Familien für die Bewältigung des Pflegeproblems andererseits überdeutlich.

## **6. Krankenhauspolitik in Bayern: Ein Paradebeispiel negativer Familienpolitik**

Zum Abschluss soll hier am traurigen Beispiel Bayern gezeigt werden, wie die großartigsten familienpolitischen Glaubenssätze im krankenhauspolitischen Alltagsgeschäft zum ganz leeren Gerede werden, wie hier sozusagen das

ortsnahe Krankenhaus geschlossen und dafür ein familienpolitisches Bierzelt hingestellt worden ist.

Zunächst haben wir davon auszugehen, dass die Bevölkerung in den ländlichen Räumen Bayerns, trotz Dämpfung durch größere Familien, dennoch eine deutlich höhere Krankenhausinanspruchnahme zeigt als die Bevölkerung in den Großstädten mit ihren Einpersonenhaushalten.<sup>12 13</sup>

Insbesondere gilt diese höhere Krankenhausinanspruchnahme für so familienrelevante Behandlungsanlässe wie Schwangerschaft und Entbindung bzw. Krankheiten des Kreislaufsystems.

Übersicht 7: Krankenhaushäufigkeit der Wohnbevölkerung in Bayern: Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett

Übersicht 8: Krankenhaushäufigkeit der Wohnbevölkerung in Bayern: Krankheiten des Kreislaufsystems

Man glaube nun nicht, die jahrzehntelang so selbstgelobte Krankenhauspolitik der Bayerischen Staatsregierung hätte dafür gesorgt, dass die Familien in den ländlichen Räumen entsprechend ihres erhöhten Krankenhausbedarfes auch mit den entsprechenden Krankenhausbetten ausgestattet worden wären - weit gefehlt: Es sind statt dessen die Großstädte, die über die höchsten Bettenausstattungen gerade auch in solchen Fächern verfügen, die vorrangig ortsnah und familiennah vorgehalten werden sollten, sprich in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, in der Kinderheilkunde und in der Inneren Medizin, insbesondere Kardiologie.

---

<sup>12</sup> Seinerseits liegt Bayern im Vergleich zu den Flächenländern im Westen mit der allgemeinen Krankenhaushäufigkeit erkennbar vor Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen. Lediglich Nordrhein-Westfalen zeigt eine noch höhere Krankenhaushäufigkeit. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 2001, Baden-Baden 2001.

<sup>13</sup> Ein Teil der erhöhten Krankenhaushäufigkeit in Bayern ergibt sich aus der dort bspw. gegenüber Hessen erhöhten Geburtenhäufigkeit. Vgl. Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland - Ausgabe 2001, Hannover 2001

## Übersicht 7

**Krankenhaushäufigkeit  
der Wohnbevölkerung in  
Bayern\*:  
Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im  
Wochenbett**

Krankenhaushäufigkeit Gebietstypen	Krankenhausbehandelte Einwohner wegen Komplikationen der Schwangerschaft je 100.000 Einwohner **
Kernstädte <sup>1</sup>	2725
Umlandkreise <sup>2</sup>	2703
Ländliche Kreise <sup>3</sup>	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2822</span>

\*) 1999

\*\*) Weiblich

- 1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen
- 2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen
- 3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Goeschel, Albrecht und Richter, Dirk: Regional unterschiedliche Chancen für innovative Krankenhauskonzepte in Bayern: Ländliche Kreise bieten mehr. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 2004

## Übersicht 8

**Krankenhausthäufigkeit  
der Wohnbevölkerung in  
Bayern\*:  
Krankheiten des Kreislaufsystems**

Krankenhausthäufigkeit Gebietstypen	Krankenhausbehandelte Einwohner wegen Krankheiten des Kreislaufsystems je 10.000 Einwohner **
Kernstädte <sup>1</sup>	1910
Umlandkreise <sup>2</sup>	1976
Ländliche Kreise <sup>3</sup>	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2171</span>

\*) 1999

\*\*\*) im Alter von 65 und mehr Jahren

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Goeschel, Albrecht und Richter, Dirk: Regional unterschiedliche Chancen für innovative Krankenhauskonzepte in Bayern: Ländliche Kreise bieten mehr. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 2004

Übersicht 9: Akutbettenbestand in Bayern: Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde

Übersicht 10: Akutbettenbestand in Bayern: Innere Medizin und Kardiologie

Was bedeutet dieses regionale Missverhältnis zwischen Krankenhausbedarf und Krankenhausbestand in den familiennahen Bereichen in Bayern?

Es bedeutet zunächst, dass die Krankenkassen, allen voran die Landes-AOK Bayern, vormals AOK-Landesverband Bayern, ihrem Ziel ein ganzes Stück näher gekommen sind: Dem Abbau orts- und familiennaher Krankenhausbetten und Krankenhausstandorte und damit zumindest dem Abbau familiennaher Gesundheitsleistungen, wenn nicht schon dem Umbau der Familienversicherung in eine Einzelversicherung.

Sodann bedeutet dieses regionale Missverhältnis zwischen Krankenhausbedarf und Krankenhausbestand in den familiennahen Bereichen in Bayern, dass auch der medizinisch-ökonomische Komplex seinem Ziel ein ganzes Stück näher gekommen ist: Dem Aufbau spezialisierter und zentralisierter Prestigestrukturen anstelle komplementärer und dezentraler Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung der Familien.

Beide, Krankenkassen und medizinisch-ökonomischer Komplex haben in der Krankenhausversorgung in Bayern erreicht, was der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als wesentlichstes Defizit des Gesundheitswesens in Deutschland beschreibt: Die Unterversorgung mit patientenkompatiblen Versorgungsleistungen einerseits und die Fehl- und Überversorgung mit selbstreferentieller Prestige- und Profitmedizin andererseits.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Bremen 2001

## Übersicht 9

**Akutbettenbestand  
in Bayern\*:  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde**

Akutbetten Gebietstypen	Akutbettenbestand Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde je 10.000 Einwohner**	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Kinderheilkunde
Kernstädte <sup>1</sup>	17,0	6,4
Umlandkreise <sup>2</sup>	6,4	0,7
Ländliche Kreise <sup>3</sup>	11,1	1,9

\*) 2000

\*\*\*) Frauenheilkunde und Geburtshilfe je 10.000 weibliche Einwohner

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Goeschel, Albrecht und Richter, Dirk: Regional unterschiedliche Chancen für innovative Krankenhauskonzepte in Bayern: Ländliche Kreise bieten mehr. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 2004

## Übersicht 10

## Akutbettenbestand in Bayern\*: Innere Medizin und Kardiologie

Akutbetten  Gebietstypen	Akutbettenbestand Innere Medizin und Kardiologie je 10.000 Einwohner	
	Innere Medizin	Kardiologie
Kernstädte <sup>1</sup>	33,4	4,3
Umlandkreise <sup>2</sup>	13,3	1,2
Ländliche Kreise <sup>3</sup>	22,2	0,6

\*) 2000

- 1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen
- 2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen
- 3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Goeschel, Albrecht und Richter, Dirk: Regional unterschiedliche Chancen für innovative Krankenhauskonzepte in Bayern: Ländliche Kreise bieten mehr. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 2004

Dies alles könnte man noch unter der hinlänglich bekannten und schließlich jahrzehntelang hingenommenen Doppelbödigkeit bayerischer Staats- und Regierungskunst a la Sonntags für die Familien predigen und Wochentags gegen die Familien sündigen, abheften. Leider geht es aber so schön harmonisch a la Lederhose **und** Laptop nicht mehr weiter: Seit gut zwei Jahren fegt durch die Krankenhäuser in Bayern ein eiskalter Wind der Ökonomisierung und seit gut zwei Jahren rollt über die Krankenhauslandschaft in Bayern eine Welle der Standortliquidierungen und der Klinikprivatisierungen, an deren Ende staatliche Sparpolitik und privatwirtschaftliches Profitstreben die Krankenhausproduktion bestimmen werden.

Die absehbaren Schnellimbiss- Krankenhäuser wollen nicht, können nicht und werden nicht die Familien in ihrer gesundheitlichen Eigenkompetenz stärken und die sogenannten Krankenkassen im Wettbewerb werden umso mehr die zusätzlich nötigen Einnahmen aus der mittelbaren oder unmittelbaren Destabilisierung und Destruktion der Familienversicherung gewinnen wollen.

In dieser Situation muss man noch einmal die hohe Familienbedeutung der Krankenhäuser hervorheben, die diese insbesondere in den ländlichen Räumen haben: Dort sind die Familien größer und trotzdem ist die Krankenhausinanspruchnahme noch höher als in den Großstädten.

#### Übersicht 11: Familiennähe der Krankenhausversorgung

Krankenhausschließungen und Krankenhausabbau insbesondere im ländlichen Raum sind und bleiben daher "negative Familienpolitik".

## Übersicht 11

## Familiennähe der Krankenhausversorgung\*

Patienten- merkmale	Krankenhaus- behandelte Einwohner  je 100.000 Einwohner <sup>1</sup>	Familiengröße  Personen je Haushalt <sup>2</sup>
Siedlungstypen		
Ländliche Kreise geringer Dichte	14.384	2,4
Kernstädte in Ballungsräumen	13.671	1,9
Ländliche Kreise ./. Kernstädte	+ 5,2 %	+ 26,3 %

\*) 1999

- 1) Werte für Bayern
- 2) Werte für alte Bundesländer insgesamt

Quelle: Richter, Dirk: Regionale Strukturen der Krankenhausmorbidity in Bayern 1999. Für Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 2004

**Der heiße Tip:**

**"Hier ist jede einzelne Klinik gefordert" \***

"Der Überlebenskampf von Bayerns Krankenhäuser  
wird  
zunehmend härter"<sup>1</sup>

"Immer mehr Kliniken auf dem Land  
müssen schließen"<sup>2</sup>

"Vielen bayerischen Kliniken droht die Schließung -  
ortsnahe Versorgung der Bürger nicht mehr  
überall gewährleistet"<sup>3</sup>

\*) Zitat: Christa Stewens, Bayerische Staatsministerin für Arbeit und Sozial-  
ordnung, Familie und Frauen, Pressemitteilung 504.05

- 1) Süddeutsche Zeitung vom 03. u. 04.12.2005
- 2) Süddeutsche Zeitung vom 01.02.2005
- 3) Süddeutsche Zeitung vom 04. u. 05.12.2004

Beitrag zum VdK-Forum "**Soziale Verunsicherung ohne Ende? Das politische System setzt die Bürger auch weiter unter Druck**" Schloß Tutzing, 22. und 23.03.2006

*Alle Rechte an diesem Text liegen bei Prof. Goeschel.*