

**DIE STRATEGISCHE BEDEUTUNG DER
SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG
FÜR DIE
QUALITÄT DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
ALS
WIRTSCHAFTSSTANDORT**

WissDir.
Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov
und
Studiengruppe für Sozialforschung e.V.
Marquartstein

Vortrag
an der
Hochschule der Bundeswehr
10.12.1984

1. Strategische Rahmenbedingungen und Entwicklungen in Krankenversicherung und Gesundheitswirtschaft

Meine Herren Kameraden, liebe Kommilitonen, Sie haben strategisch zu denken gelernt und ich will Ihnen daher zu Beginn einige Gesichtspunkte der strategischen Rahmenbedingungen und Entwicklungen in der sozialen Krankenversicherung und in der sozial finanzierten Gesundheitswirtschaft darlegen: Das Finanzvolumen der sozialen Krankenversicherung beträgt derzeit etwa 100 Milliarden Mark. Im Vergleich dazu: Das Finanzvolumen des zentralen Bundeshaushaltes beläuft sich derzeit auf etwa 257 Milliarden Mark. Rein rechnerisch werden durch die soziale Krankenversicherung etwa 1 Million Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft finanziert. Im Vergleich dazu: Die Zahl der Erwerbstätigen im gesamten Wirtschaftsbereich beträgt derzeit etwa 8,6 Millionen Personen. Bei den Trägern der sozialen Krankenversicherung selbst sind derzeit etwa 100.000 Beschäftigte tätig. In die Abwicklung der sozialen Krankenversicherung sind etwa 900.000 Unternehmen einbezogen. Im Vergleich dazu: Im Bereich von Bergbau, verarbeitendem Gewerbe und Bauhauptgewerbe gibt es derzeit etwa 110.000 Unternehmen. Aus diesen Zahlen kann man ersehen, welche bedeutender Finanzwirtschafts-, Gemein- und Versorgungswirtschafts- und Infrastrukturfaktor die soziale Krankenversicherung und die sozial finanzierte Gesundheitswirtschaft sind.

Lassen Sie mich nun einige wesentliche Struktur- und Funktionsmerkmale dieses Sektors beschreiben. Ähnlich wie in anderen Bereichen der Infrastruktur sind in der sozial finanzierten Gesundheitswirtschaft die Nutzungsanspruchnahme der jeweiligen Infrastrukturwirkungen durch die Unternehmen und die Kostenstragung der dafür erforderlichen Güter und Leistungen durch die Unternehmen durch Abgaben, hier speziell: Beiträge verbunden. Anders gesagt: Die Nutzung eines hochqualifizierten und disponiblen, weil überall, umfassend und die Familien miterfassend gesundheitsgeschützten und gesunderhaltenden und somit ablenkungsfreigestellten Produktionsfaktors Arbeit bzw. Arbeitskräftepotentials durch die Unternehmen wird durch diese auf dem Weg der Arbeitgeberbeiträge, d.h. einer anteiligen Umlage mitbezahlt. Durch paritätische Beteiligung der Unternehmen in den Selbstverwaltungskörperschaften der sozialen Krankenversicherung - eine Ausnahme stellen hier lediglich die Knappschaftskassen und die Ersatzkassen dar - können die Unternehmen den Aufwand für die Disponibilität des Faktors Arbeit steuern. Dieses betriebliche Nutzung und diese umlagemäßige Kostentragung der sozialen Gesundheitswirtschaft ist dadurch noch abgerundet, daß die Güter und Leistungen der so-

zialen Gesundheitswirtschaft ausschließlich in Form von Sachleistungen zur Disponibilitätserhaltung des Faktors Arbeit bereitgestellt werden: Erst dadurch wird der Infrastrukturcharakter der sozialen Gesundheitswirtschaft hinreichend bedingt.

2. Produktive und investive Funktion von Gesundheitswesen und Krankenversicherung

Ich darf nochmals die Kennzahlen dieser Infrastruktur benennen: 100 Milliarden Mark Finanzvolumen, 1 Million Erwerbstätige, 900.000 eingebundene Betriebe ... Das sind die strategischen Größenordnungen. Diese strategischen Größenordnungen muß man im Auge haben, wenn man die Positionen beurteilen will, die in der gegenwärtigen sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion vertreten werden.

Da ist zunächst ganz generell ein fataler Hang zur falschen und einseitigen Betrachtung der sozialen Krankenversicherung und der sozialen Gesundheitswirtschaft als Bereich unproduktiven Konsums festzustellen. Diese Sichtweise liegt der seit Jahren geführten Kostendämpfungsdiskussion zugrunde. Während dabei anfänglich wenigstens noch gewisse Nebenüberlegungen in Richtung Modernisierung der Gesundheitswirtschaft existiert haben, hat es der gegenwärtige Sozialminister geschafft, die Kostendämpfungsdiskussion ganzgänzlich auf das Niveau einer Milchmädchenrechnung herunterzubringen. Man muß sich einmal überlegen, welcher industrie- und dienstleistungspolitische Unfug das ist, den Vorausbereich für die Modernisierung unserer ganzen Volkswirtschaft, die Erhaltung der umfassenden Disponibilität des Faktors Arbeit, mit Sparphilosophie aus dem Hausvaterbuch des 19. Jahrhunderts zu traktieren. Genau das Gegenteil wäre nötig, eine Vereinfachung einerseits und eine Verlagerung der Infrastrukturwirkungen der sozialen Gesundheitswirtschaft andererseits, um auch zukünftig eine Disponibilität des Faktors Arbeit zu gewährleisten. Es dient langfristig auch der Erleichterung von technologieorientierten Existenzgründungen, wenn das Problem der Pflege im Alter vernünftig geregelt ist wenn ich das einmal so sagen darf.

Leider gilt auch für die Gesundheits- und Sozialökonomie, was ich schon an der Gesundheits- und Sozialpolitik kritisiert habe: Die überwiegende Mehrzahl der gesundheits- und sozialökonomischen Arbeiten geht nicht über distributionsorientierte Ansätze hinaus, allokativen Frage-

stellungen werden allenfalls als Nebenproblem mitgeschleift. Auch hier ist noch nicht ausreichend erkannt, daß es sich bei den Finanzmitteln der sozialen Krankenversicherung nicht um unproduktive Konsumausgaben, sondern um produktivitätserhaltende und produktivitätsverbessernde Investivausgaben in die Weiterentwicklung unserer Volkswirtschaft handelt. Es ist interessant, daß die gesundheitsökonomischen Ayatollahs, die unser Land, meist nach einem vorausgegangenem Amerikabesuch, mit ihren Lehren heimgesucht haben, in dieser Hinsicht von den Finanzwissenschaften zur Ordnung gerufen worden sind: Es war ja der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, der klipp und klar festgestellt hat, daß Ausgaben für Gesundheit und Bildung investive Ausgaben sind.

Lassen Sie mich eine letzte Variante der gegenwärtigen sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion ansprechen, die ich als Gefahr für unsere gesundheitswirtschaftliche Infrastruktur und damit als Gefahr für die Modernisierung unserer Volkswirtschaft betrachte: Ich meine das partei- und standespolitische Gerede, mit dem immer wieder versucht wird, das Sachleistungsprinzip in der sozialen Gesundheitswirtschaft und in der sozialen Krankenversicherung abzuschaffen oder zumindest aufzuweichen. Für mich letztlich unverständlich tun sich dabei immer wieder bestimmte ärztliche und zahnärztliche Standesorganisationen hervor, die sich von solchen Operationen am Sachleistungsprinzip wohl zusätzliche Finanzierungsspielräume für ihre herkömmlichen Güter und Leistungen erhoffen - daß sie für solche Linsengerichte eine wesentliche Voraussetzung unserer volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, eine wesentliche Qualität des Standorts Bundesrepublik politisch in Gefahr bringen, müssen die besagten Standesorganisationen wohl erst noch lernen.

Ich will es einmal drastisch sagen: Die ärztlichen und zahnärztlichen Standesorganisationen erinnern mich hier an jene Schirrmeister, die nach dem letzten Krieg mit ihren „organisierten“ Einheitsdieseln erst ein lukratives Speditionsgewerbe und dann eine politische Lobby aufgezogen haben, die eine jahrzehntelange verkehrspolitische Benachteiligung des Schienenverkehrs und Bevorzugung des Straßenverkehrs erreicht hat und der wir heute Milliardenverluste der Bundesbahn, Beton- und Asphaltseen und -gebirge und eine gefährliche Umweltzerstörung zu verdanken haben. Ich will im Bild bleiben und noch drastischer werden: Wenn wir in unserer Gesundheitsinfrastruktur Zustände wie bei den US-Railways haben wollen, dann müssen wir

nur die besagten standespolitischen, gesundheits- und sozialökonomischen und parteipolitischen Schirrmmeister ungestört schalten und lenken lassen.

Lassen Sie mich bitte zum Abschluß dieser strategischen Betrachtungen noch einmal zusammenfassen: Die sozial finanzierte Gesundheitsinfrastruktur in der Bundesrepublik ist von eminenter Bedeutung für die Leistungsfähigkeit und Entwicklungsfähigkeit unserer Volkswirtschaft, da sie überall und umfassend einen hochqualifizierten Faktor Arbeit sichergestellt. Ich betrachte damit unsere sozial finanzierte Gesundheitsinfrastruktur durchaus als strategische Variable sowohl in der sozialökonomischen Konkurrenz mit den Vereinigten Staaten und Japan wie auch als strategische Variable für die sozialökonomische Integration der Europäischen Gemeinschaft.

Lassen Sie mich an dieser Stelle, von einem Gespräch berichten, das ich vor wenigen Tagen mit einem Verbandsführer aus der Pharmazeutischen Industrie hatte: Herr X., wie wir ihn nennen wollen, war im Zusammenhang der Vertragsverhandlungen zwischen sozialer Krankenversicherung und pharmazeutischer Industrie in die USA gereist, um mit einigen der auch in der Bundesrepublik sehr starken amerikanischen Pharmamultis über die weitere Entwicklung zu sprechen. Man hat ihn dort aufgefordert, gegenüber der deutschen sozialen Krankenversicherung „Muskeln zu zeigen“, d.h. möglichst viel Spielraum für die Preispolitik dieser nichtdeutschen Arzneimittelunternehmen herauszuholen: Stahlprotektionismus gegen die Bundesrepublik einerseits, Pharmaexpansionismus in die Bundesrepublik hinein andererseits - auch das gehört zur strategischen Einschätzung unserer sozialen Krankenversicherung und sozial finanzierten Gesundheitswirtschaft.

3. Sozialer und regionaler Ausgleich durch Gesundheitswesen und Krankenversicherung

Ich habe mich bisher auf die Bedeutung der gesundheitswirtschaftlichen Infrastruktur als sozusagen wirtschaftsnahe Infrastruktur konzentriert, auf ihre Bedeutung für die Sicherstellung einer ausreichenden Potentialversorgung der deutschen Volkswirtschaft, d.h. auf allokativen Aspekte. Ich will mich nun den distributiven Aspekten zuwenden. Auch hier zunächst einmal einige Zahlen: Die soziale Krankenversicherung erfaßt gegenwärtig gut 55,6 Millionen

Einwohner der Bundesrepublik Deutschland. Die Gesamtzahl der Einwohner liegt derzeit bei etwa 61,6 Millionen.

Entscheidend ist dabei, daß die soziale Krankenversicherung im Unterschied zur privaten Krankenversicherung nicht nur einen Risikoausgleich zwischen Kranken und Gesunden und zwischen Krankheitszeiten und Gesundheitszeiten, sondern auch zwischen Alleinstehend-Berufsaktiven und Familienverbänden sowie Ruheständlern vornimmt. So liegt der Anteil der Mitversicherten Familienangehörigen in der sozialen Krankenversicherung bei derzeit etwa 38 Prozent. Dieser soziale Ausgleich, der außerdem noch durch einen sozialen Ausgleich zwischen einkommensstärkeren und einkommenschwächeren Versicherten erzielt wird, d.h. durch Beitragszahlungen nach Leistungsfähigkeit und Leistungsversorgung nach Erforderlichkeit, wird ergänzt durch einen regionalen Ausgleich zwischen wirtschaftsschwachen und wirtschaftstarken Gebieten. Dies insbesondere durch einen Aufbau der sozialen Krankenversicherung, bei dem die Ortskrankenkassen als flächendeckende und regional gegliederte Basiskassenarten fungieren.

Soweit die soziale Krankenversicherung eine sozial und regional gleichmäßige Verteilung von Gesundheitsgütern und Gesundheitsleistungen an die Versicherten sicherstellt, also deren soziale und professionelle Disponibilität gewährleistet, ist sie haushaltsnahe Infrastruktur. Die Nutzung ihrer Wirkungen und die Tragung ihrer Kosten sind dementsprechend durch Beitragsabgaben der Versicherten, wie bei der Mehrzahl aller sonstigen Infrastrukturen, verbunden. Diese Systeme und Prozesse des Ausgleichs sind es, die bei uns dafür sorgen, daß ein Krankenhausaufenthalt nicht, wie etwa in den Vereinigten Staaten, zu einer wirtschaftlichen Existenzbedrohung auch für Gutverdiener wird. Dies ist immer zu bedenken, wenn von allerlei Philosophen und Politikern „Markt total“ für die Gesundheitswirtschaft gefordert wird.

Über die Bedeutung der sozial finanzierten Gesundheitswirtschaft als wirtschaftsnahe und haushaltsnahe Infrastruktur hinaus gibt es noch eine staatspolitische Bedeutung der sozialen Krankenversicherung und der sozialfinanzierten Gesundheitswirtschaft. Marktwirtschaften bewirken nicht nur Wachstum der Wirtschaft, sie beinhalten ebenso auch Fehlerzeugungen und vor allem Fehlverteilungen von Gütern und Leistungen. Solche Fehlerzeugungen und Fehlverteilungen betreffen dann nicht nur bestimmte gesellschaftliche Schichten, sondern stets auch

bestimmte gebietliche Einheiten. Mängel der Marktwirtschaft treten sozial und zugleich auch regional in Erscheinung, sie zeigen sich in Gestalt benachteiligter Sozialschichten und sie zeigen sich in Gestalt benachteiligter Regionseinheiten.

Dies ist der Grund, aus dem der moderne Leistungsstaat, jedenfalls derjenige deutscher Tradition, sozialen und zugleich auch regionalen Ausgleich schaffen muß, Sozialordnungspolitik und Raumordnungspolitik gleichermaßen betreiben muß, wenn nicht die Grundlage von Wirtschaft, Staat und Gesellschaft selbst langfristig in Gefahr kommen sollen. Dies sind die staatspolitischen Aspekte unserer sozial finanzierten Gesundheitswirtschaft, dies ist auch der entscheidende Grund dafür, daß die deutsche soziale Krankenversicherung nicht nur auf eine sozial gleichmäßige, sondern auch auf eine regional gleichmäßige Bereitstellung von Gesundheitsgütern und Gesundheitsleistungen ausgerichtet ist. Diese staatspolitische Funktion der sozialen Krankenversicherung und der sozialen Gesundheitswirtschaft hat von Anbeginn an bestanden. Bismarck hatte nicht nur die Schaffung einer beweglichen und einheitlichen Arbeitnehmerschaft, sondern zugleich auch die Schaffung einer in ihren Lebensverhältnissen vereinheitlichten und gleichwertigen Nation im Auge.

4. Deutschlandpolitische, europapolitische und entwicklungspolitische Bedeutung des Sachleistungsprinzips in der Krankenversicherung

Vor diesem Hintergrund hat das Sachleistungsprinzip in unserer sozialen Krankenversicherung auch eine eminent deutschlandpolitische Bedeutung. Wir müssen ja bedenken, daß Bismarck in beiden deutschen Staaten gegenwärtig ist, in beiden deutschen Staaten wird der Alltag der Menschen, jedenfalls ein so vorrangiger Alltagsbereich wie die Gesundheitsversorgung, durch das Sachleistungsprinzip geprägt. Das Sachleistungsprinzip in der sozialen Krankenversicherung ist ein Gemeinsamkeitspotential beider deutscher Staaten, das gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Alle diejenigen, die dieses Sachleistungsprinzip bei uns demontieren wollen, sollte man darauf hinweisen, daß sie hier deutschlandpolitische Gemeinsamkeiten zerstören. Hier, um es einmal journalistisch zu formulieren, sollten wir dem deutschen Kanzler Bismarck den Vorrang einräumen gegenüber dem amerikanischen Präsidenten Reagan.

Das Sachleistungsprinzip in der sozialen Krankenversicherung hat aber nicht nur eine deutschlandpolitische, sondern auch eine europa- und entwicklungspolitische Dimension: Bedenken

Sie bitte, daß sich mindestens drei große Bevölkerungsgruppen, die nach diesem Prinzip gesundheitsversorgt werden, andauernd oder zeitweilig in Ländern der Europäischen Gemeinschaft oder der Dritten Welt aufhalten: Gastarbeiter, Touristen, Auslandstechniker etc. Hierdurch werden mindestens zwei Effekte bewirkt: Einmal eine Anhebung der sozialen Ansprüche vor allem in Schwellenländern und damit eine Verbesserung der komparativen Wettbewerbsstellung der deutschen Volkswirtschaft auch bei arbeitsintensiven Massengüterfertigungen. Zum anderen eine Ausweitung des Absatzraumes für die Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen der deutschen Gesundheitswirtschaft.

Ich bin der Auffassung, daß bei richtiger Nutzung dieser Gegebenheiten mehr für unsere Volkswirtschaft getan werden kann als durch die gegenwärtige Kostendämpfungspolitik des Bundes, die in Wirklichkeit nichts weiter ist als eine krude Abschöpfungspolitik zugunsten des Bundeshaushalts. Ich bleibe bei dem, was ich vor zwei Jahren in der Ärzte Zeitung geschrieben habe: „Kanzler Bismarck wird mit einer raumgreifenden Exportstrategie, sicherlich aber nicht mit Biedermanns Sparphilosophie siegen“. Dieses ist die tatsächliche und die mögliche sozusagen global-strategische Bedeutung unserer sozial finanzierten Gesundheitswirtschaft.

Ich habe bereits angedeutet, daß die landläufige Gesundheits- und Sozialpolitik und die landläufige Gesundheits- und Sozialökonomie einen konsumtiv und distributiv verengten Begriff von der sozial finanzierten Gesundheitswirtschaft haben und daß demgegenüber die Finanzwissenschaft und die Raumwirtschaftslehre einen sehr viel weiteren Begriff von der sozial finanzierten Gesundheitswirtschaft vertreten. Im Gegensatz zu der sozusagen „vulgar-ökonomischen“ Auffassung, die Finanzmittel der sozialen Krankenversicherung würden lediglich konsumtiv verausgabt, seien lediglich unproduktiver Verbrauch, hat die Finanzwissenschaft im Zuge der Erörterungen über die Staatsschulden und über die Staatsausgaben die Notwendigkeit hervorgehoben, den Begriff der öffentlichen Investitionen vom Bereich der Gebietskörperschaften auch auf den Bereich der Sozialversicherungsträger auszudehnen. Ebenso wurde das Erfordernis betont, den Begriff der öffentlichen Investitionen vom Bereich der Sachinvestitionen auch auf den Bereich der Finanzinvestitionen und Finanzhilfen auszuweiten. Insbesondere durch diese Ausweitung des Begriffs der öffentlichen Investitionen auf die Finanzhilfen, z.B. Investitions- und Zinszuschüsse, ist die Investivfunktion der sozialen Krankenversicherung verdeutlicht worden.

Dies insofern, als die soziale Krankenversicherung verpflichtet ist, die von den Versicherten in Anspruch genommenen und den Versicherten zustehenden Gesundheitsgütern und Gesundheitsleistungen zu finanzieren. Die Finanzmittel der sozialen Krankenversicherung wirken daher zumindest wie eine Tilgungs- und Zinsbürgschaft für die Investitionen der Berufe, Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. Solche öffentlichen Bürgschaften müssen aber nach Auffassung der Finanzwissenschaft mit öffentlichen Krediten gleichgesetzt werden und zählen damit zweifelsfrei zu den öffentlichen Investitionen. Es kann also auch in dieser vertieften Sichtweise, nicht nur von der Infrastrukturwirkung der sozialen Krankenversicherung für die Disponibilität des Faktors Arbeit her, davon ausgegangen werden, daß die soziale Krankenversicherung Träger öffentlicher Investitionen ist.

Wir selbst haben für die Jahre 1975 bis 1980 die Investitionen der sozialen Krankenversicherung und der kommunalen Gebietskörperschaften verglichen. Dabei hat sich dann eine Proportion von etwa 1:4 ergeben, d.h. die Investitionen der sozialen Krankenversicherung betragen immerhin ein Viertel des Volumens der von den kommunalen Gebietskörperschaften finanzierten Investitionen. In Absolutbeträgen: Die soziale Krankenversicherung hat zwischen 1975 und 1980 rund 84 Milliarden Mark investiert, die kommunale Gebietskörperschaften haben im gleichen Zeitraum etwa 320 Milliarden Mark investiert. Wir haben dabei die Investitionen der sozialen Krankenversicherung aus deren direkten Investitionen, aus einer fiktiven Investitionsquote von 22 Prozent aller Sachleistungen, aus den Investitionszuschüssen und aus den laufenden Zuschüssen errechnet. Bei den kommunalen Gebietskörperschaften haben wir die Sachinvestitionen, Finanzinvestitionen, Zuführungen an Rücklagen und Tilgung zusammengefaßt. Zur Ergänzung haben wir dann auch noch die Direktinvestitionen in der Gesundheitswirtschaft und in der allgemeinen Versorgungswirtschaft für die Jahre 1977 bis 1980 berechnet und verglichen. Hier betrug die Proportion etwa 1:2 D.h. die Ausgabenträger für Gesundheit haben für direkte Investitionen und Investitionszuschüsse zwischen 1972 und 1980 etwa 23 Milliarden Mark aufgewendet, die öffentlichen Versorgungs- und Verkehrsunternehmen haben für Sach- und Finanzinvestitionen im gleichen Zeitraum etwa 51 Milliarden Mark aufgewendet.

Wenn also die soziale Krankenversicherung Träger öffentlicher Investitionen vornehmlich in der Gesundheitswirtschaft ist, dann stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Zusammenhangs von Sozialordnungspolitik und Raumordnungspolitik die Frage nach der Allokationsebene

dieser öffentlichen Investitionen: Werden diese auf Bundesebene zentral und auf einzelne Großprojekte konzentriert oder werden diese auf Gemeindeebene dezentriert und für eine Vielzahl von Einzelobjekten dispers vorgenommen? Man kann diese Frage unter zweierlei Gesichtspunkten beantworten: Von der Finanzierungsseite her und von der Produktionsseite her.

Aus der Sicht der Finanzierung ist anzumerken, daß etwa 50 Prozent des Gesamtvolumens der sozialen Krankenversicherung, also etwa 50 Milliarden Mark, durch die flächendeckenden und regional gegliederten Ortskrankenkassen sowohl regional aufgebracht als auch regional verausgabt und damit auch regional investiv wirksam werden. Weitere etwa 20 Prozent des Gesamtvolumens der sozialen Krankenversicherung werden zwar nicht flächendeckend, gleichwohl aber dennoch regional aufgebracht und ebenfalls regional verausgabt und damit auch regional investiv wirksam. Dabei handelte es sich vor allem um die bei den Innungskrankenkassen und Betriebskrankenkassen abgewickelten Finanzvolumina. Demgegenüber werden etwa 30 Prozent des Gesamtvolumens der sozialen Krankenversicherung zentral vereinnahmt, aber wegen der vorwiegend regionalen Struktur der Gesundheitswirtschaft regional investiv wirksam. Es handelt sich dabei um die Finanzvolumina der Ersatzkassen. Insgesamt betrachtet sind demnach vor allem bei den Ortskrankenkassen, aber auch bei den Innungs- und Betriebskrankenkassen strukturelle und funktionelle Voraussetzungen für eine vor allem regionalorientierte Investitionspolitik gegeben, während bei den Ersatzkassen strukturelle und funktionelle Voraussetzungen eher für eine konsumtive Globalpolitik gegeben sind.

Wenn man die Sache nun aus der Sicht der Produktion der Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen angeht, dann zeigen sich auch hier deutliche Unterschiede. Einerseits ist ein Bereich innerhalb der Gesundheitswirtschaft auszumachen, der vergleichsweise klein- und mittelbetrieblich strukturiert ist, mit geringeren Umsatzvolumina und Einzugsgebieten auskommt und daher eine disperse Standortstreuung aufweisen kann: Gemeint ist der Bereich der Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser, der sonstigen nichtärztlichen Heilberufe und des Gesundheitshandwerks - der lokal und regional nahversorgende Bereich. Demgegenüber gibt es einen Bereich in der Gesundheitswirtschaft, dessen Produktionsstrukturen vergleichsweise hochkonzentriert sind und der ausgesprochen fernversorgend arbeitet: Gemeint ist in erster Linie die pharmazeutische Industrie und die medizintechnische Industrie.

Geht man von beiden Gesichtspunkten aus, von dem der Finanzierung und von dem der Produktion, so wird derzeit regionalorientierte Investitionspolitik in erster Linie von den Ortskrankenkassen getragen und vor allem in den Bereichen Krankenhaus und Arztpraxis verfolgt. Mit den Überlegungen zur Großgeräteplanung ist erstmals ein investitionspolitischer Schritt auch in den fernversorgenden Bereich der medizintechnischen Industrie getan. Meine Herren Kameraden, liebe Kommilitonen, die Spannweite für unsere gemeinsamen Gespräche reicht demnach von global-strategischen bis zu regional-politischen Aspekten unserer sozialfinanzierten Gesundheitswirtschaft.