

PROF. ALBRECHT GOESCHEL  
STAATLICHE UNIVERSITÄT ROSTOV/DON  
WISS. DIR.  
AKADEMIE UND INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG  
I-38060 TENNO AM GARDASEE

GESUNDHEITSVERSORGUNG UND KRANKHEITSSCHUTZ  
ALS  
STANDORTFAKTOREN  
IM  
EUROPÄISCHEN RAUM

## 1. Territoriale Veränderungen als Herausforderung für die Sozialsicherungsinstitutionen

Dieses Forum stellt letztlich die Frage, ob die Einrichtungen des Krankheitsschutzes in den einzelnen Mitgliedsländern der Europäischen Union und ob insbesondere die Krankenversicherung in Deutschland angesichts des größer und angesichts des einheitlicher gewordenen europäischen Raumes so weiterbestehen können und so weiterbestehen sollen, wie dies bislang der Fall ist.

Vor exakt einem Jahrzehnt, im Februar 1990, wurde anlässlich des damaligen VdK-Forums eine ganz ähnliche Frage gestellt und erörtert: Die Frage nämlich, ob angesichts eines größer und angesichts eines einheitlich gewordenen deutschen Raumes - Stichwort: Wiedervereinigung - der Aufbau und die Gliederung der Krankenkassen im zukünftigen Deutschland nicht sehr viel anders gestaltet sein müßten, als dies bis dahin der Fall war.<sup>1</sup> Damals wurde für "Regionalisierte Krankenkassen" als Leitbild der gesetzlichen Krankenversicherung in einem geeinten Deutschland plädiert.<sup>2</sup>

Wenn heute die Politik des Bundes auf föderalisierte Gesamtbudgets der Krankenkassen abzielt, dann sind die unisono von Wissenschaftsseite<sup>3</sup> und von Bundesländerseite<sup>4</sup> vorgetragenen Regionalisierungs- und Föderalisierungsforderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung weiter vorangekommen. Auch wenn die Verbandsbürokratien der deutschen Krankenkassen seit gut fünfzehn Jahren sehr viel unternommen haben, um eine Überprüfung und um eine Beurteilung von Aufbau und Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland nach den Maßstäben von Raumentwicklung und von Raumordnung zu verhindern, d.h. um unkontrolliert von den Bundesländern Übermacht ausüben zu können - den

---

<sup>1</sup> Vgl.: VdK-Landesverband Bayern (Hrsg.): Harmonisierungsprobleme zwischen den Sozialversicherungen beider deutscher Staaten, München 1990

<sup>2</sup> Vgl.: Goeschel, Albrecht: Regionalisierte Krankenkassen als Leitbild der gesetzlichen Krankenversicherung in einem geeinten Deutschland. In: VdK-Landesverband Bayern (Hrsg.): A.a.O.

<sup>3</sup> Vgl.: Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen (Hrsg.): Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in Deutschland - Entwicklung, Ursachen und Maßnahmen, Bonn 1997, Teil III, S. 198 ff; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, S. 116 ff sowie Goeschel/Fette: Regionale Kassenstrukturplanung-Ein Konzept für die Regionalisierung der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Zur regionalen Versorgung mit Gesundheitsleistungen, Bonn 2/3-1990, S. 129 ff.

<sup>4</sup> Vgl.: Stoiber, Edmund: Regierungserklärung des Bayerischen Ministerpräsidenten vom 04.02.1998

heilsamen "Schocks" der räumlichen Veränderungen in Deutschland und der räumlichen Veränderungen in Europa können sich auf Dauer auch die Kassenbürokratien nicht entziehen.

Es ist das unbestreitbare Verdienst des VdK-Sozialverbandes, vor dem Hintergrund von EuGH-Rechtssprechung und von EURO-Währung das territoriale Sachleistungsoligopol der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung auf den Prüfstand gestellt zu haben. Der VdK-Sozialverband trägt damit zugleich dazu bei, daß die noch kurzatmiger gewordene Gesundheits- und Sozialpolitik nicht aus der Pflicht entlassen wird, auch die Anforderungen der europäischen Einigung in ihre Reformkonzepte mitaufzunehmen.

## 2. Unterschiedliche Bedeutung des Gesundheitswesens und der Krankenhausversorgung als Wirtschaftsfaktoren im Euro-Land

Nachfolgend sollen dementsprechend einige gegebene Umstände und einige mögliche Entwicklungen in Gesundheitsversorgung und Krankheitsschutz im Euro-Land, d.h. in den Ländern der Währungsunion betrachtet werden.

Karte: EU und Euro-Land

Ein erstes wichtiges Datum in diesem Zusammenhang sind die ganz erheblichen Niveauunterschiede zwischen den Gesundheitswirtschaften der verschiedenen Euro-Regionen - gemessen an den Pro-Kopf-Umsätzen für Gesundheitsausgaben in den Ländern der Währungsunion. Diese Umsätze spreizen zwischen rund DM 4.200.- in Luxemburg und DM 1.900.- in Portugal. Deutschland liegt mit etwa DM 3.700.- im oberen Bereich.

Übersicht 1: Gesundheitsumsatz im Euro-Land 1994

Diese erheblichen Unterschiede der Gesundheitsumsätze in den Euro-Regionen zeigen, daß das Gesundheitswesen vor allem im Süden von Euro-Land, also in Italien, in Spanien, und in Portugal, eine wesentlich geringere Bedeutung als Wirtschaftsfaktor besitzt als im übrigen Euro-Land, insbesondere in Frankreich, in Deutschland und in Österreich.

Dies kann neben den Pro-Kopf-Umsätzen der Gesundheitswirtschaften in den Ländern der Währungsunion auch an den wiederum vor allem im Süden niedrigeren Anteilen der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt abgelesen werden.

#### Übersicht 2: Gesundheitsausgaben im Euro-Land 1994

Diese geringere Bedeutung des Gesundheitswesens als Wirtschaftsfaktor im Süden von Euro-Land kann beispielhaft auch an der dort sehr viel niedrigeren Krankenhausproduktion, gemessen in Behandlungstagen je 100 Einwohner, abgelesen werden.

Ähnlich ist das Bild bei der Krankenhausbeschäftigung, gemessen an der Zahl der Krankenschwestern und Krankenpfleger je 1.000 Einwohner. Auch hier bleibt der Süden von Euro-Land deutlich hinter dem Westen, dem Osten und dem Norden zurück.

#### Übersicht 3: Krankenhausproduktion im Euro-Land 1994

#### Übersicht 4: Krankenhausbeschäftigung im Euro-Land 1993/1994

### 3. Steuerfinanzierte Gesundheitswirtschaft im Euro-Süden wird durch Stabilitätspolitik in ihrem Wachstum blockiert

Das Gesundheitswesen insgesamt und der Krankenhausbereich insbesondere stellen, dies zeigen die Zahlen, im Euro-Süden einen weit weniger gewichtigen Wirtschaftsfaktor das als im Euro-Westen, im Euro-Osten und im Euro-Norden. Die Frage stellt sich, ob sich an diesen Unterschieden durch die vollzogene Währungsunion etwas ändern wird und wenn ja, in welche Richtung. Um diese Frage beantworten zu können, muß zunächst ein Blick auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung im Süden von Euro-Land geworfen werden.

#### Übersicht 5: Staatliche Finanzierung der Gesundheitsversorgung im Euro-Land 1994

Aus der Übersicht kann man erkennen, daß die Gesundheitsumsätze im Euro-Süden vorrangig und überwiegend vom Staat und aus Steuermitteln finanziert werden. Damit sind einem Ausbau der Gesundheitswirtschaft in den südlichen Euro-Ländern durch die mit der Währungsunion verknüpfte Stabilitätspolitik äußerst enge Grenzen gesetzt. Insbesondere in Italien und

in Spanien, die mit 124,3 Prozent bzw. mit 70,9 Prozent weit über dem saldiertem Konvergenzwert von 63,0 Prozent Staatsschulden und Haushaltsdefizite am Bruttoinlandsprodukt<sup>5</sup> liegen, sind keine Spielräume für eine Finanzierung zusätzlichen Wachstums in der Gesundheitswirtschaft zu erkennen.

#### Übersicht 6: Staatsschulden und Haushaltsdefizite im Euro-Land 1998

Die vorrangige Staatsfinanzierung der Gesundheitsversorgung im Euro-Süden bei gleichzeitig hoher Staatsverschuldung und hohen Haushaltsdefiziten in dieser Region machen eine Expansion der Gesundheitswirtschaft unter den vorgegebenen stabilitätspolitischen Rahmenbedingungen in Italien, in Spanien und auch in Portugal eher unwahrscheinlich. Offen bleibt dabei im Falle von Italien allerdings die Frage, ob der dort besonders hohe Anteil von privater Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch verstärkt Privatinvestitionen in den Gesundheitssektor in Italien selbst zu gesundheitswirtschaftlichem Wachstum führt oder ob diese Privatmittel noch stärker als bislang durch Patientenwanderungen in die Gesundheitswirtschaften Frankreichs, Österreichs und Deutschlands abfließen werden. Bekanntlich bemüht sich auch der Freistaat Bayern seit einiger Zeit verstärkt um "Patientenimporte" aus dem Nachbarland Italien.

#### Übersicht 7: Private Finanzierung der Gesundheitsversorgung im Euro-Land 1994

#### **4. Beitragsfinanziertes Wachstum der Gesundheitswirtschaft vor allem in Deutschland durch Wegfall des Aufwertungsrisikos sichergestellt**

Die Frage nach den Auswirkungen von Währungsunion und von Stabilitätspolitik auf den Wirtschaftsfaktor Gesundheitswesen muß man aber gerade auch für diejenigen Euro-Regionen stellen, in denen das Gesundheitswesen bereits ein bedeutender Wirtschaftszweig ist, als vorrangig für Frankreich, für Deutschland und für Österreich. Für diese gesundheitswirtschaftlich starken Euro-Länder gilt eine hohe und weit überwiegende Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch Beitragszahlungen an Institutionen der sozialen Sicherung.

---

<sup>5</sup> Konvergenzkriterium für die öffentlichen Schulden sind 60,0 Prozent des BIP und Konvergenzkriterium für die öffentlichen Defizite sind 3,0 Prozent des BiP

### Übersicht 8: Soziale Finanzierung der Gesundheitsversorgung im Euro-Land 1994

In den Euro-Regionen mit den weiterentwickelten und mit den vorwiegend beitragsfinanzierten Gesundheitswirtschaften ist für das weitere Wachsen dieses Sektors entscheidend, welche Auswirkungen die gemeinsame Währung auf Löhne und auf Beschäftigung hat. Hier wird es sicherlich so sein, daß der Wegfall des Aufwertungsrisikos infolge des EURO ein weiterhin hohes Lohnniveau und damit eine günstige Situation für die Beitragsfinanzierung der Gesundheitswirtschaft befördert.

Eine wichtige Rolle für das weitere beitragsfinanzierte Wachstum des Gesundheitssektors im Westen, Osten und Norden wird dabei neben einer Festigung und Verbesserung der Beschäftigungslage und einer Beibehaltung des hohen Anteils der Beitragsfinanzierung vor allem auch eine Bewältigung des Problems der atypischen Beschäftigungsverhältnisse spielen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß der Euro-Süden mit seiner vorwiegend steuerfinanzierten und eher schwach entwickelten Gesundheitswirtschaft nur sehr niedrige Teilzeitquoten bei seinen Erwerbstätigen aufweist, während umgekehrt das übrige Euro-Land mit seiner vorwiegend beitragsfinanzierten und stark entwickelten Gesundheitswirtschaft hohe Teilzeitquoten an den Erwerbstätigen aufweisen kann.

Atypische Beschäftigung scheint also ein stimmiges Funktionselement und keineswegs ein Störfaktor von Beitragsfinanzierung und Gesundheitswirtschaftswachstum zu sein.

### Übersicht 9: Teilzeiterwerbstätige im Euro-Land 1991

#### 5. Wachstumsschub im Euro-Süden durch Übergang von der Steuerfinanzierung zur Beitragsfinanzierung von Gesundheitsversorgung und Krankheitsschutz

Die beitragsfinanzierten und wachstumsstarken Gesundheitswirtschaften im Euro-Land sind nicht nur durch den Wegfall des Aufwertungsrisikos und die damit verbundene Stärkung der Lohnkomponente von der Währungsunion begünstigt, sie bieten auch durch eine möglichst weitgehende Hereinnahme der gesundheitswirtschaftlichen Investitionen in das Beitragssystem bzw. durch eine möglichst weitgehende Herauslösung der gesundheitswirtschaftlichen

Investitionen aus dem Steuersystem die Möglichkeit weiteren Wachstum der Gesundheitswirtschaft sozusagen an den Stabilitätsrestriktionen "vorbei". Eine solche Entwicklung wird dabei die Beitragssysteme verstärkt zu europaweitem Leistungsbezug und zu europaweiter Standortwahl motivieren.

Man kann sich vorstellen, daß mittelfristig die Beitragssysteme im Westen, Osten und Norden von Euro-Land durch Leistungsbezug und vor allem auch durch Standortwahl im Euro-Süden dort das gesundheitswirtschaftliche Wachstum stimulieren. Schon heute stellt in zwei Ländern des Euro-Südens, in Spanien und in Italien, nicht zuletzt wegen der dort sehr hohen Arbeitslosigkeit<sup>6</sup>, die Erwerbstätigkeit im Gesundheitssektor einen hohen Anteil an der Gesamterwerbstätigkeit.

#### Übersicht 10: Gesundheitsbeschäftigung im Euro-Land 1991 - 1994

Eine solche Wachstumsfunktion der Beitragssysteme des Westens, Ostens und Nordens im Euro-Süden wäre eine erste Fortsetzung der enormen regionalwirtschaftlichen Schubkraft, die von der beitragsfinanzierten Gesundheitsversorgung in den zurückliegenden Jahrzehnten insbesondere in Deutschland entfaltet worden ist<sup>7</sup>, nunmehr im ganzen Euro-Land.

Eine ausgeprägte Wachstumsfunktion könnte das Prinzip einer beitragsfinanzierten Gesundheitswirtschaft vor allem für den Euro-Süden dann entwickeln, wenn es dort nicht nur durch Leistungsbezug und durch Standortwahl wirksam wird, sondern wenn es dort an die Stelle der Steuerfinanzierung träte. Durch einen solchen Übergang von der Steuerfinanzierung zur Beitragsfinanzierung könnte der Euro-Süden gesundheitswirtschaftliches Wachstum "neben" den Stabilitätskriterien forcieren.

Die Voraussetzungen hierfür wären günstig, da die in der Vergangenheit durch Abwertungsstrategien in einigen Ländern des Südens auf zu hohes Niveau gelangten Löhne durch den gemeinsamen Wechselkurs nunmehr abgesenkt werden müssen und abgesenkt werden können. Hierdurch entsteht zumindest partiell und situativ Spielraum für Lohn-Nebenkosten-

---

<sup>6</sup> Die Arbeitslosenquoten lagen saisonbereinigt im Dezember 1997 in Spanien bei 21 Prozent und in Italien bei 12,2 Prozent - Vgl.: Zeitverlag (Hrsg.): Zeit-Punkte: Das neue Geld, Hamburg 2/1998

<sup>7</sup> Vgl.: Goeschel, Albrecht: Die Bedeutung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung für die Regionalwirtschaft. In: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung, 3/4-1985, S. 195 ff.

steigerungen zugunsten einer beitragsfinanzierten Gesundheitsversorgung mit ihren wachstumsfördernden Selbstfinanzierungseffekten.

Damit aber die Beitragssysteme des Westens, Ostens und Nordens wachstumsfördernden Leistungsbezug und wachstumsfördernde Standortwahl im Euro-Süden realisieren können und damit vor allem das Prinzip einer beitragsfinanzierten und damit wachstumsfähigen Gesundheitswirtschaft in den Euro-Süden übernommen werden kann, muß wohl vor allem die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland partiell oder total auf ihr eine Europäisierung blockierendes Sachleistungsoligopol verzichten.

Quelle: Vortrag zum VdK-Forum „**Währungsunion bricht Kassenmonopol**“, Tutzing 25. Februar 1999.

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