

Sperrfrist: 19.1.2015

Albrecht Goeschel:

Gesundheitsfonds, Krankenkassen
und die europäische Klassengesellschaft
der billigen Arbeit

Vortragstext zur Veranstaltung am 19.1.2015 in Dortmund
Veranstaltungsort: Auslandsgesellschaft Dortmund, Steinstr. 48 (Nordausgang
Hbf., neben Cinestar), Beginn: 19 Uhr

* Der NachDenkTreff ist eine Einladung, viele Dinge anders zu sehen. Eine Ähnlichkeit mit der Internetseite „www.nachdenkseiten.de“ ist dabei nicht zufällig, sondern beabsichtigt und wird zur werktäglichen Lektüre empfohlen. Informationen und Einladungen können Sie unter folgender E-Mail-Anschrift anfordern: NachDenkTreff@gmx.de

1. Einheitlich-europäische Klassengesellschaft statt nationaler Sozialordnungen

Nach sieben Jahren Finanz-, Real- und Budgetkrise ist zumindest eine Zwischenbilanz dieser schwersten Krise des Kapitalismus seit den 1930er Jahren angesagt. Man kann es sehr verkürzt, aber auch sehr angeschärft formulieren:

Es ist den sogenannten „Eliten“ in Europa gelungen, angeführt vom deutschen Machtkartell, eine neue, nun eine einheitlich-europäische Klassengesellschaft durchzusetzen:

1. Der europäische Fiskalpakt und seine „Strukturreformen“ sind an die Stelle der nationalen Sozialordnungen getreten: Zwar Mindestlöhne in fast allen EU-Ländern, aber dafür auch Alters-Lohnkürzungen, d.h. Rentenkürzungen in fast allen EU-Ländern.
2. Der europäische Juncker-Investitionsplan ist nichts anderes als eine großangelegte Kampagne zur Umwandlung der nationalen Infrastrukturen in privaten Kapitalbesitz: Autobahnen, Breitbandnetze, Universitäten und Krankenhäuser zukünftig im Eigentum von Versicherungskonzernen.
3. Klassengesellschaften brauchen zum Funktionieren Soziale Korruption, schön geredet als „Sozialer Frieden“ einerseits und militärisch-politische Spannungen andererseits. Schon einmal und jetzt wieder: „Kalten Krieg“.

Europäische Klassengesellschaft und Europäischer Imperialismus – das ist also die (Zwischen-)Bilanz von sieben Jahren ökonomisch-politischer Krise.

2. Europäische Klassengesellschaft der billigen Arbeit

Nachfolgend geht es um das Kapitel „Europäische Klassengesellschaft der billigen Arbeit“ – wer sich auch noch für das Kapitel „Europäischer Imperialismus“ interessiert, findet dazu im Newsletter „labournet“ und beim pad-Verlag Texte.

Die neue einheitlich - europäische Klassengesellschaft der billigen Arbeit wird gerade nicht (nur) durch irgendeine EU-Richtlinie zur sofortigen Einführung billiger Arbeit vorgegeben und umgesetzt. Diese Dinge haben sich angereichert, finden zunächst probe- und scheibchenweise statt, bleiben möglichst geräuscharm – bis dann tatsächlich eine Situation „ohne Alternative“ entstanden ist.

In den zurückliegenden Krisenjahren ist diesbezüglich einerseits die Ernte früherer Jahre eingefahren worden und ist andererseits ein weites Feld tief gepflügt worden. Zwei Muster der Krisennutzung sind erkennbar.

Welches Muster in den einzelnen EU-Ländern verfolgt wurde und verfolgt wird, hängt dabei vom Entwicklungsstand der „Sozialstaatlichkeit“ in den verschiedenen EU-Ländern ab. Diese „Sozialstaatlichkeit“ kann an den Aufwendungen für Sozialsicherung abgelesen werden. (Karte: Relativierte Sozialsicherung in der Europäischen Union 2009/2010).

In den europäischen Randländern mit ihren dürftigeren Sozialsicherungssystemen wurden die Löhne direkt gestoppt oder gesenkt und die öffentlichen Dienstleistungen direkt gestrichen, verteuert oder privatisiert.

In den europäischen Kernländern mit den gut ausgebauten Sozialsicherungssystemen wurden und werden eingeführte Mindestlohnvorschriften und nominale Lohnerhöhungen durch reale Sozialleistungsverschlechterungen und Sozialbeitragserhöhungen und Verschlechterungen in den öffentlichen Dienstleistungen überkompensiert.

Kurzum: Bei der Durchsetzung billiger Arbeit wird in der EU eine Doppelstrategie der direkten bzw. der indirekten Lohnsenkung gefahren, die an die jeweiligen nationalen Gegebenheiten angepasst ist – ein schönes Beispiel der so genannten „Methode der Offenen Koordinierung“ - kombiniert mit dem deutschen „Kürzungsdiktat“.

3. Expansiver Sozialstaat und wachsendes Sozialbudget als Instrumente der Lohnquotensenkung

Dafür, wie man unter Instrumentalisierung eines expandierenden, keineswegs eines stagnierenden „Sozialstaats“, eines wachsenden, keineswegs eines schrumpfenden „Sozialbudgets“ als Manipulationsmasse den Anteil der Lohneinkommen am Volkseinkommen senkt und den Anteil der Gewinneinkommen am Volkseinkommen erhöht – dafür ist das „Geschäftsmodell Deutschland“ das Vorbild.

An dieser Stelle muss man ganz dringend vor einem zwar sehr beliebten, aber auch um so gefährlicheren Trugschluss warnen: Es ist zwar richtig und es ist zwar merklich, dass die einzelnen Sozialleistungen in Geld oder in Diensten gekürzt oder verschlechtert werden – aber der Sozialstaat selbst, das Sozialbudget als solches wird dabei gerade nicht verringert oder verkleinert, sondern sogar noch ausgebaut und erhöht. (Grafik: Sozialbudget 1960 – 2010)

Die bittere Wahrheit ist, dass ein expandierender Sozialstaat, ein wachsendes Sozialbudget, vorwiegend finanziert aus Abgaben auf Lohneinkommen, dem politischen System auch immer mehr Möglichkeiten bieten, nicht nur die Lohnabgaben als Ersatz für die Gewinn- und Vermögensbesteuerung zu missbrauchen. Die entscheidende Funktion des expandierenden Sozialstaats, des wachsenden Sozialbudgets besteht darin, die nominal nur minimal steigenden Löhne über nominal und real drastisch sinkende Ersatz-Löhne (Alter, Krankheit, Arbeitslosigkeit etc.) als Gesamtlöhne stetig gegenüber den Gesamtgewinnen (Gewinne und Abschreibungen) zu senken. Paradebeispiel ist die Riester-Rente.

Man kann es auf eine griffige Formel bringen: Der (kapitalistische) Sozialstaat ist keineswegs in Gefahr – der (kapitalistische) Sozialstaat selbst ist die Gefahr.

Man sollte nun noch einmal einen Schritt zurück auf die gesamteuropäische Ebene gehen und prüfen, in welchen Sozialstaatsbereichen, neben den direkten Lohnsenkungen, die indirekten Lohnsenkungen durch Kürzung der Lohnersatzleistungen (Alter, Krankheit, Arbeitslosigkeit etc.) am ausgeprägtesten sind.

4. EU-Kürzungsdiktat: Zuerst Alter, jetzt Gesundheit

Hierzu gibt es eine Zusammenschau für die Jahre 2010 bis 2012: Vor allem im Süden Europas wurden die Renten gesenkt und das Rentenalter angehoben – exakt so, wie dies schon Jahre zu-

vor das „Vorbild“ Deutschland praktiziert hatte. (Übersicht: Sparprogramme in der Europäischen Union 2010-2012)

Im Untersuchungszeitraum deutlich weniger verbreitet waren Kürzungen in der Gesundheitsversorgung in den Ländern der EU. Ausnahme Griechenland: Dort hat die Zerstörung der Gesundheitsversorgung in den Jahren seit 2010 mittlerweile katastrophale Zustände geschaffen.

Später, Anfang 2013, hat allerdings die EU-Kommission mit ihrem sogenannten „Sozialinvestitionspaket für Wachstum und Zusammenhalt“ (SIP)¹ den Druck auf Kürzungen in der Gesundheitsversorgung deutlich erhöht.

Dabei handelt es sich bei diesen angeblichen „Sozialinvestitionen“ nur um eine andere Bezeichnung für die altbekannten „Strukturreformen“. Deren Ziel ist eine Überprüfung und Anpassung der Gesundheitsausgaben nach Höhe und Anstieg und ihre mögliche Absenkung.² Noch skeptischer zu sehen sind diejenigen Vorgaben des „SIP“, die auf eine Privatisierung der Investitionen im Gesundheitswesen und eine Belegung der Gesundheitsleistungen mit Mehrwertsteuer abzielen.³

Mit diesem „SIP“ ist eine Privatisierungs- und Besteuerungspolitik gegenüber der Gesundheitsversorgung sozusagen „europäisiert“ worden, die in Deutschland schon im Jahr 2007 absehbar war: Eine wachsende Staatsfinanzierung aus einer privatisierten Gesundheitswirtschaft.⁴

Tatsächlich sind bei den Kürzungen in der Gesundheitsversorgung in zahlreichen EU-Ländern vor allem die Arzneimittelversorgung einerseits und die Krankenhausversorgung andererseits bevorzugte Zielbereiche⁵ geworden.

Selbst in so wirtschaftsstarke Regionen wie der Autonomen Provinz Bozen-Alto Adige soll nun auf Weisung der italienischen Zentralregierung die bewährte dezentrale Fachambulatorien- und Krankenhausversorgung zerschlagen werden.⁶

5. Gesetzliche Krankenversicherung als Instrument der Lohnquotensenkung

Etwas ausführlicher soll nun dargestellt werden, wie die Gesetzliche Krankenversicherung und wie die Soziale Gesundheitsversorgung in Deutschland zu einem Premium-Instrument der indirekten Lohnsenkung und der Umverteilung der Wertschöpfung geworden, richtiger: gemacht worden sind.

Zwei Dimensionen sind hier zu erörtern:

1. Zunächst der Zentrale Gesundheitsfonds, der vor allem die Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft von den schwächeren Regionen zu den stärkeren Regionen umverteilt – ganz im Sinne des neuen Raumordnungsleitbildes der EU: Reichtumsumverteilung von der Peripherie ins Zentrum.

¹ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (Hrsg.): Sozialinvestitionen in Europa, Köln 2013

² Ebda., S. 25 ff.

³ Ebda., S. 30

⁴ Goeschel, Albrecht: Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung. Gutachten für den Bund der Steuerzahler. Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung, München 2007

⁵ Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (Hrsg.): EUREPORT – social, Brüssel 7-8/2013, S. 21 ff.

⁶ www.ForumBruneck.it Internetmagazin, Berichte seit Mitte Oktober 2014

2. Sodann die vorherige Zerstörung der tradierten autonomen und regionalen, gemeinwirtschaftlichen Krankenkassen und statt dessen die Errichtung eines Systems konkurrierender gewinnorientierter Krankenkassenkonzerne.

Bei einem System konkurrierender gewinnorientierter Krankenkassenkonzerne sind Leistungsver schlechterungen für Arztpatientinnen und -patienten, Krankenhausfälle etc. integraler Bestandteil des Geschäftsmodells. Sie dienen dem Zweck der Gewinnsteigerung.

Dieses durch eine widersprüchliche Doppelorientierung von politischer Gesamtbudgetierung einerseits und ökonomischer Verdrängungskonkurrenz innerhalb dieses Gesamtbudgets andererseits charakterisierte System der Kassenmedizin wird in Zukunft der geradezu ideale Kanal für die Transportierung der Kürzungszwänge

- des EU-Fiskalpakts,
- der deutschen Schuldenbremse,
- der Reform des Föderalen Länder-Finanzausgleichs,
- der Reform des West-Ost-Solidaritätszuschlages

und

- der Privatisierungstendenzen des TISA- Abkommens

sein. Die für 2015 beschlossene neueste Krankenkassenreform zeigt dies deutlich.

5.1 Gesundheitsfonds: Umverteilung von den schwächeren zu den stärkeren Regionen

Zunächst also zu dem wenig bekannten und etwas undurchschaubaren Zentralen Gesundheitsfonds. Dieser Gesundheitsfonds wirkt wie ein finanzwirtschaftlicher Staubsauger: Er zieht über die Kassenkonzerne von den Bruttoeinkommen der Mitglieder einen bundeseinheitlichen sozusagen „negativen“ Beitragssatz ein, der um die 15 Prozent schwankt. Auf die Abstufungen bei Langzeitarbeitslosen, Mini- und Teilzeitbeschäftigten sowie die Zusatzbeiträge muss man nicht eingehen, da sie am Prinzip nichts ändern. Entscheidend ist, dass alle Regionen nach Anzahl ihrer Sozialversicherungspflichtigen und nach Höhe der Arbeitsentgelte, ungeachtet ihrer Wirtschaftskraft, Gesundheitsversorgung und Bevölkerungsgliederung, Beitragsabflüsse nach dem gleichen Prozentsatz tragen müssen.

Im Falle der Beitragszuflüsse, die über die Geld- und Sachleistungen der Kassenkonzerne an ihre Versicherten in die Regionen gelangen, sieht dies ganz anders aus: Wieviel von den über den „negativen“ Beitragssatz in den Zentralen Gesundheitsfonds aus einer Region in diese als Geld- und Sachleistungen der Kassenkonzerne wieder zurückfließt, könnte in einen sozusagen „positiven“ Beitragssatz umgerechnet werden. Dieser „positive“ Beitragssatz würde für die Regionen, im Unterschied zum „negativen Beitragssatz“, sehr unterschiedlich ausfallen.

Entscheidend für die Rückflüsse ist vor allem die Ausstattung der jeweiligen Regionen mit Berufen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft, denn diese rechnen die für die Regionen bzw. ihre Bevölkerungen erbrachten Leistungen mit den Kassenkonzernen ab. (Übersicht: Finanzströme der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem 1. Januar 2009) Auf die Feinheiten der Leistungsabrechnungen der Arztpraxen über die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Re-Finanzierung der Kassenkonzerne aus dem Zentralen Gesundheitsfonds und die Rolle des Risikostrukturausgleichs hierbei muss man nicht eingehen, da sie für die hiesigen Fragestellung nur marginal von Bedeutung sind.

Wesentlich ist, dass vor allem die wirtschaftlich starken Regionen zugleich auch eine besonders hohe Ausstattung mit Arztpraxen, Therapieberufen, Apotheken, Reha-Einrichtungen etc. haben. Dementsprechend hoch sind auch die Beitragsrückflüsse aus dem Zentralen Gesundheitsfonds in solche wirtschafts-, insbesondere gesundheitswirtschaftsstarken Regionen. Sie hätten einen höheren „positiven“ Beitragssatz als schwächeren Regionen.

Vereinfacht gesagt: Der Zentrale Gesundheitsfonds begünstigt die stärkeren Regionen auf Kosten der schwächeren Regionen. Er verteilt wirtschaftliche Wertschöpfung aus den Stagnations- und Krisenregionen in die Prosperitätsregionen um. Der Zentrale Gesundheitsfonds ist mit der neuen Raumwirtschaftspolitik der EU, die dem gleichen Prinzip folgt, hoch kompatibel. (Übersicht: Umsatzsteuer im Gesundheits-, Sozial- und Veterinärwesen in den Regionen Deutschlands).

Lediglich die immer noch einigermaßen gute Ausstattung auch der schwächeren Regionen mit Krankenhäusern hat bisher verhindert, dass der Zentrale Gesundheitsfonds noch mehr Gesundheits-Armut produziert hat, als dies bisher schon der Fall war und ist. Der von der GroKo angekündigte Krankenhaus-Kahlschlag lässt hier allerdings nichts Gutes ahnen.

Noch eine Bemerkung: Der Zentrale Gesundheitsfonds verteilt mittlerweile fast 200 Milliarden Euro jährlich zwischen den schwächeren und den stärkeren Regionen um – leider nimmt die Öffentlichkeit davon so gut wie keine Notiz. Heftig diskutiert wird dagegen der Föderale Finanzausgleich zwischen den Bundesländern mit seinen geradezu läppischen 8 Milliarden Euro Umverteilungsvolumen.

Die regionalen Umverteilungswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, auch ganz unabhängig vom Zentralen Gesundheitsfonds, sind seit beinahe drei Jahrzehnten eine Art „finanzpolitisches Geheimthema“ unter Experten⁷ – das Politische System hat aus gutem Grund stets dafür Sorge getragen, dass es ein „Geheimthema“ bleibt.

5.2 Kassenkonzerne: Umverteilung von den Löhnen zu den Gewinnen

Ähnlich unerörtert wie die regionalen Umverteilungswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung von den schwachen zu den starken Regionen bleiben auch die sozialen Umverteilungswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung von den Lohneinkommen zu den Gewinneinkommen innerhalb des Volkseinkommens.

⁷ Goeschel, Albrecht: Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung: Umverteilungsvorgänge zu Lasten der ländlichen Räume. In: Der Landkreis, Bonn 8/9.1986, S. 372-375

So wie die schwächeren Regionen mit der Etablierung des Zentralen Gesundheitsfonds den stillen Krieg um eine auch regional ausgleichende Krankenversicherung verloren haben, so haben die abhängig Beschäftigten mit der Liquidierung der autonomen, regionalen und gemeinwirtschaftlichen Krankenkassen (AOK, BKK, IKK, LKK) den stillen Krieg um eine sozial ausgleichende Krankenversicherung verloren.

Die sich häufenden Meldungen über Leistungsverweigerungen der Krankenkassen⁸ sind die logische Konsequenz eines „Geschäftsmodells“ Gesetzliche Krankenversicherung, bei dem durch eine faktisch degressive, weil jeweils vorjahres abgeleitete Gesamtbudgetierung dieser Bereich der Neben-Löhne in Form von Krankenkassenbeiträgen weit unter den Produktivitätszuwachs gedrückt wird - und gleichzeitig ein gnadenloser Konkurrenzkampf um profitable Mitglieder mittels der Infamie „Zusatzbeiträge“ erzwungen wird. Mit dem Geschäftsmodell „Konkurrierende Kassenkonzerne“ hat das Politische System einen Automatismus der Neben-Lohnsenkung in der Gesundheitsversorgung installiert.

5.3 Voraussetzung: Zerschlagung der autonomen und regionalen sozialen Krankenkassen

Um diese beiden Funktionen der Gesetzlichen Krankenversicherung, regionale Umverteilung zugunsten der stärkeren Regionen, soziale Umverteilung zugunsten der Gewinneinkommen realisieren zu können, hat das Politische System allerdings zunächst die tradierte Gesetzliche Krankenversicherung selbst zerstören müssen.

Nach einem Jahrzehnt „Krankenkassen-Reform“ (1982 – 1992) waren von der vormaligen Gesetzlichen Krankenversicherung als eines gegliederten und gestuften Systems autonomer, vor allem regionaler und gemeinwirtschaftliche Krankenkassen (AOK, BKK, IKK, LKK) nur noch die Namen übrig.

Gerade auch unter Nutzung der sogenannten „Wiedervereinigung“ war zuletzt mit dem Gesundheits-Struktur-Gesetz von 1992 ein beispielloser Konzentrationsprozess bei den Krankenkassen in Gang gesetzt worden. Das Geschäftsmodell der so entstandenen Kassenkonzerne ist die Akkumulierung von Marktmacht durch (Zusatz-)Beitragswettbewerb. Leistungsver schlechterungen sind dabei das Mittel der Wahl zur Beitragssatzkosmetik.

Die in jüngerer Zeit bis zu 30 Milliarden Euro betragenden Überschüsse, d.h. Gewinne des Gesundheitsfonds und der Kassenkonzerne⁹ sind auch ein Resultat der Tendenz zur ständigen Leistungsreduzierung der Kassenkonzerne insbesondere im Bereich der Krankenhausversorgung.¹⁰

Das deutsche System der konkurrierenden Kassenkonzerne erfüllt sozusagen aus „Eigeninteresse“ permanent die Funktion einer Neben-Lohnsenkung ganz im Sinne der EU-Austeritäts-Strategie.

Zusätzlich entlastet dieses deutsche System konkurrierender Kassenkonzerne auch noch den Bundeshaushalt. Angesichts der enormen Überschüsse des Gesundheitsfonds und der Kassenkonzerne hat der Bundesfinanzminister die Bundeserstattungen bspw. für die kostenlose Kinder-

⁸ Bohsem, Guido: Viele Kassenpatienten gehen leer aus. In: Süddeutsche Zeitung, 20.8.2013 und Kade, Claudia: Patienten melden massenhaft Schikanen der Kassen. In: www.welt.de/politikdeutschland/article129659911/

⁹ Bohsem, Guido: Der Milliarden-Knatsch. In: Süddeutsche Zeitung, 6.3.2014

¹⁰ Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Pressemitteilungen vom 14.7.2010; 11.10.2012; 13.2.2013 und 3.12.2014

versicherung an den Gesundheitsfonds drastisch gekürzt.¹¹ Steuererhöhungen auf Gewinne oder Steuern gar auf Vermögen zur Deckung des Bundes- oder der Länderhaushalte können damit wirksam aus der Debatte genommen werden.

6. Krankenhausversorgung: Haupteinfallstor für die EU-Austeritätsstrategie und die TISA-Privatisierung

Zuletzt geht es noch um ein Thema, bei dem man sehr exemplarisch verfolgen kann, wie die vom deutschen Machtkartell angetriebene europäische Kürzungspolitik in der Gesundheitsversorgung tief in die Regionen hineinwirken wird: Gemeint ist die Krankenhausversorgung.

Die Krankenhausversorgung wird in Deutschland seit bald vierzig Jahren von den Kassenverbänden und von den Bundesregierungen als Hauptkriegsschauplatz für „Kostendämpfung“, „Sozialabbau“, „Wettbewerb“ etc. benutzt. Das hat vor allem machtpolitische Gründe, weil die Trägervielfalt im Krankenhausbereich mit Schwächen in der Interessenvertretung verbunden ist. Hinzu kommt, dass die Krankenhausversorgung weitgehend Sache der Länder ist, die man gegeneinander ausspielen kann. Und zuletzt: Die Krankenhäuser werden mehr als andere Bereiche der Gesundheitsversorgung von den sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen beansprucht, die keine ausreichende Gegenmacht haben.

Vor allem aber macht das Prinzip der dualen Finanzierung (Investitionskosten: Länder; Betriebskosten: Kassen) die Krankenhäuser zur offenen Flanke der Gesundheitswirtschaft für staatliche Kürzungspolitik. Natürlich schlägt die Schuldenbremse über die Länderhaushalte unmittelbar auf die Krankenhausinvestitionskosten-Finanzierung durch.

Man muss ganz klar sehen, wie die Kampfaufstellung aussieht:

1. Die GroKo hat beschlossen, möglichst viele Standorte oder Fachabteilungen von Krankenhäusern wegzumobben. Dafür soll 1 Milliarde Euro bereitgestellt werden – die Hälfte davon über die Kassenkonzerne, d.h. die Patientinnen und Patienten selbst.

Das ist eine 1: 1 Umsetzung der EU-Vorgabe.

2. Die Länder sind ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen in den zurückliegenden Jahren immer weniger nachgekommen. Unter dem Druck des EU-Fiskalpakts, der deutschen Schuldenbremse, der Länder-Finanzausgleichsreform, des Soli-Ende werden die Krankenhäuser noch weniger Investitionsmittel von den Ländern erhalten.

So wird eine Flucht in PPP erzwungen.

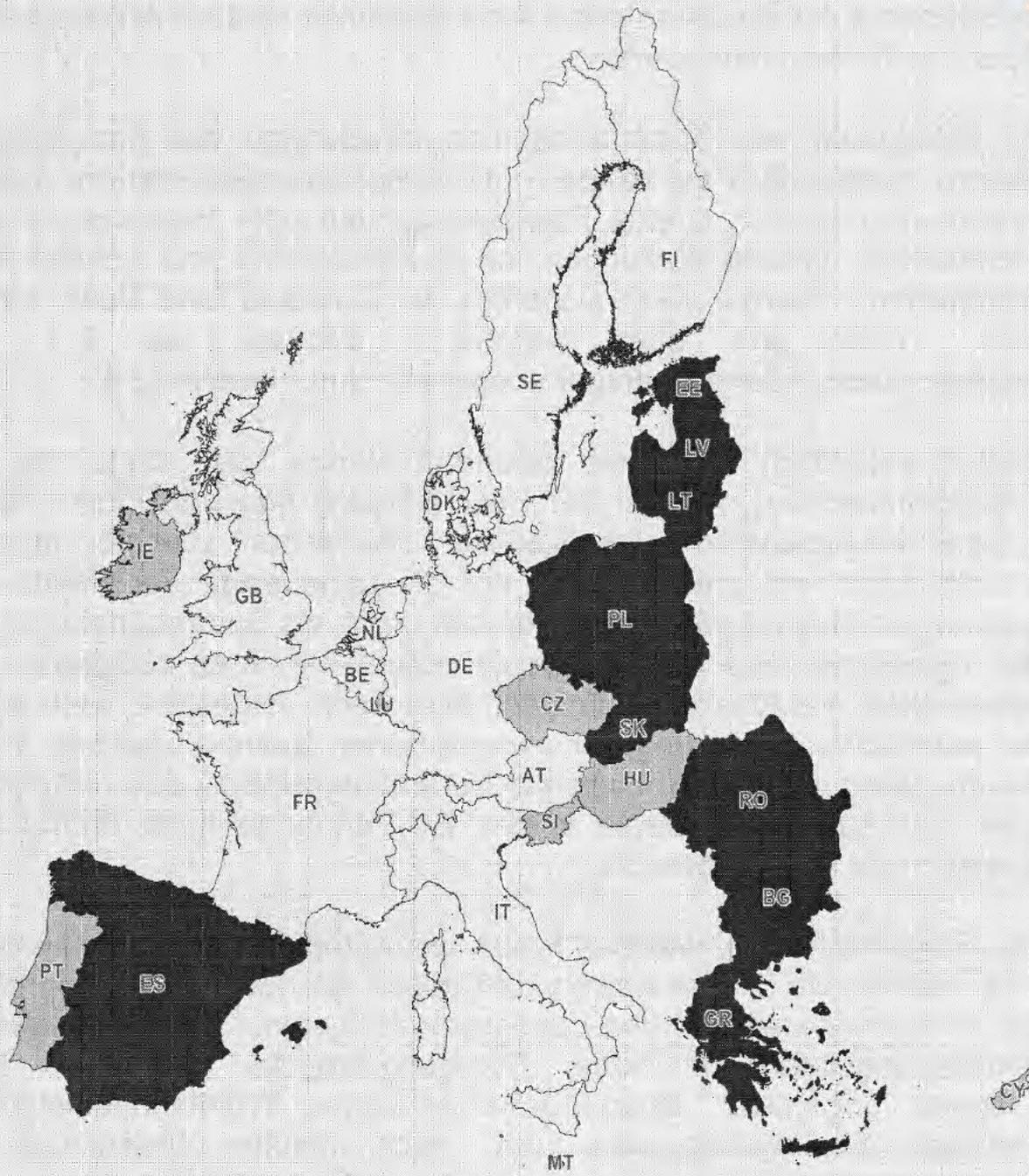
3. Nordrhein-Westfalen ist im Bundesvergleich noch eine Art „Krankenhaus-Insel“: Das Land hat noch eine vergleichsweise hohe Bettendichte und bezieht daher über die Krankenhausversorgung zusätzlich Geld aus dem Zentralen Gesundheitsfonds.

Kein Wunder also: Die GroKo zielt bei ihrer neuesten Anti-Krankenhauskampagne explizit auf Nordrhein-Westfalen.

Attac täte gut daran, den neuen Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen sehr genau unter die Lupe zu nehmen.

¹¹ Bohsem, Guido; Öchsner, Thomas: Verschiebenbahnhof. In: Süddeutsche Zeitung, 18.10.2013; Bohsem, Guido: Verschiebebahnhof: A.a.O.; und Bohsem, Guido: Schäuble saniert Etat zu Lasten der Krankenkassen. In: Süddeutsche Zeitung, 5.3.2014

Relativierte Sozialsicherung in der Europäischen Union 2009/2010: Arbeitslosigkeit



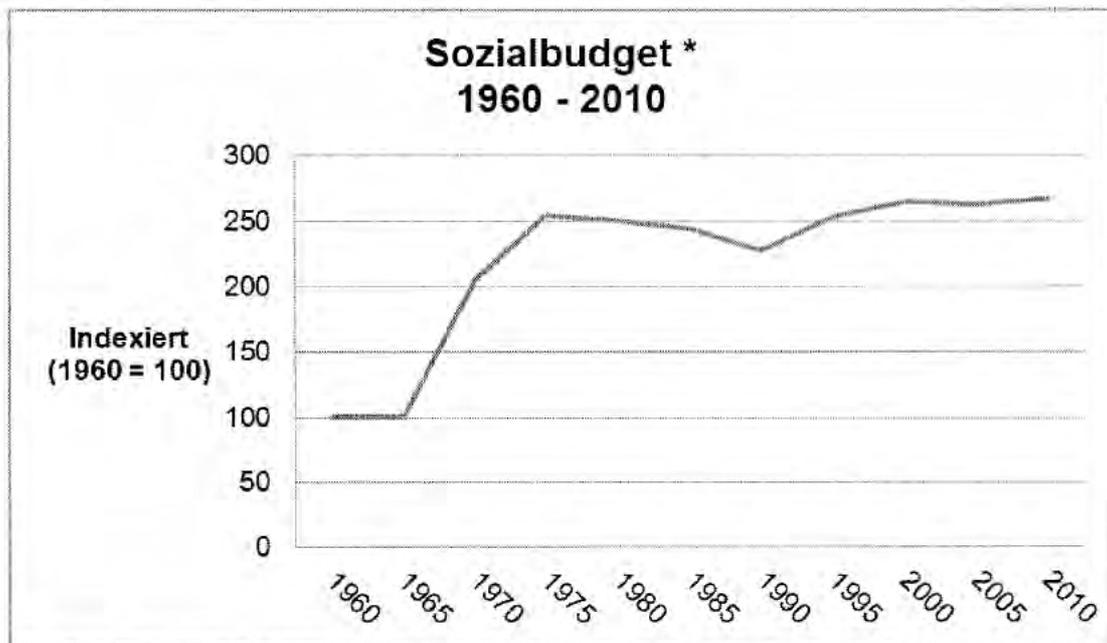
© Akademie und Institut für Sozialforschung e.V.
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
Datenquelle: Eurostat 2012.

**Sozialleistungsquote minus
Arbeitslosenquote**

In Punkten

In der EU-27 2009

- 20 und mehr
- 10 bis unter 20
- bis unter 10



Grafik: Sabine Graf

*) Sozialbudgetleistungen im Verhältnis zum Bruttonationaleinkommen

Quelle: Eigene Berechnung und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch, Arbeits- und Sozialstatistik 2004 – 2011, Bonn 2011, Tab. 1.1. und 7.1.

**Übersicht 4:
Sparprogramme in der Europäischen Union^{*}
2010 – 2012**

Maßnahmen ¹⁾	Länder ²⁾											
	CZ	BG	EE	ES	GB	GR	IT	NL	LT	PT	RO	SK
Abbau des Kündigungsschutzes	CZ	BG	EE	ES	GB	GR	IT	NL	LT	PT	RO	SK
Erhöhung der Mehrwertsteuer	CZ	ES	FR	GB	GR	IE	IT	NL	RO			
Kürzung der Renten inkl. Anhebung des Rentenalters	ES	FR	GR	IT	NL	PL	PT					
Privatisierung von Versorgungsunternehmen	ES	GB	GR	IE	IT	PL						
Kürzung der Beschäftigung im öffentlichen Sektor	ES	GB	GR	IT	PL	RO						
Abbau der Tarifbindung	ES	FR	GR	IT	PT	SL						
Abbau der Beschäftigung im öffentlichen Sektor	ES	GB	GR	IT	PL							
Abbau der Gesundheitsversorgung	ES	GR	IT	NL								
Kürzung des Arbeitslosengeldes	CZ	GR	PL									
Senkung der Löhne	ES	GR	PT									
Senkung des Mindestlohnes	ES	GR	PT									
Zentralisierung der Verwaltungs- und Selbstverwaltungsstrukturen	ES	IT										
Deregulierung von Arbeitsmarkt und Berufsordnungen	ES	IT										

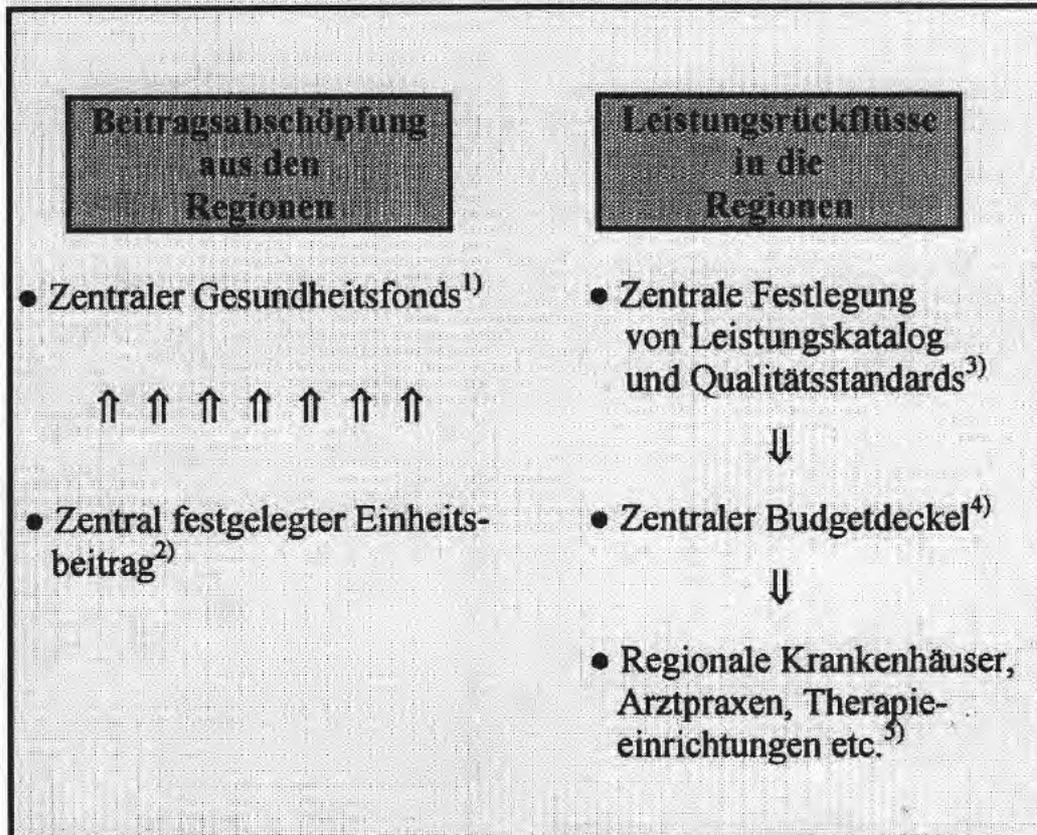
* Ohne Deutschland

1) Auswahl

2) CZ = Tschechische Republik; BG = Bulgarien; EE = Estland; ES = Spanien; GB = Ver.Königreich; GR = Hellenische Republik; IT = Italien; NL = Niederlande; LT = Litauen; PT = Portugal; RO = Rumänien; SK = Slowakei

Quelle: Berichterstattung der Süddeutschen Zeitung zwischen 01.01.2010 und 15.07.2012 sowie Hans-Böckler-Stiftung: Arbeitnehmerschutz: Abbau im Windschatten der Krise. In: Böckler-Impuls, Düsseldorf 9-2012

Finanzströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem 1. Januar 2009



¹⁾ Gesundheitsfonds gemäß § 271 SGB V

²⁾ Allgemeiner Beitragssatz gemäß § 241 Abs. 1 SGB V

³⁾ Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

⁴⁾ Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V

⁵⁾ Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern gemäß §§ 69-140 h SGB V

Karte
Umsatzsteuer im Gesundheits-, Sozial- und Veterinärwesen
in den Regionen Deutschlands



© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz
 Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2011

Umsatzsteuer
je Einwohner

- ☐ keine Angaben
- ☐ bis unter 180
- ☐ 180 bis unter 330
- ☐ 330 bis unter 690
- ☐ 690 und mehr

Über den Referenten:



Prof. Albrecht Goeschel, internationaler Experte für Wirtschaftspolitik, Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung. Beauftragter des Botschafters der Republik Angola a.D.

Präsident der Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale Verona. Gast-Professor am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Staatlichen Universität Rostow; Lehrtätigkeit an Universtitäten und Hochschulen Gießen-Friedberg, Lüneburg, München, Rostow und Vechta. Wissenschaftlicher Direktor der Studiengruppe für Sozialforschung e.V. München

Albrecht Goeschel verantwortete zahlreiche Projekte im Bereich Gesundheits- und Sozialwissenschaften; Buchveröffentlichen und Fachaufsätze – gelistet unter:

<http://sowiportbeta.gesis.org/Search/Advanced>

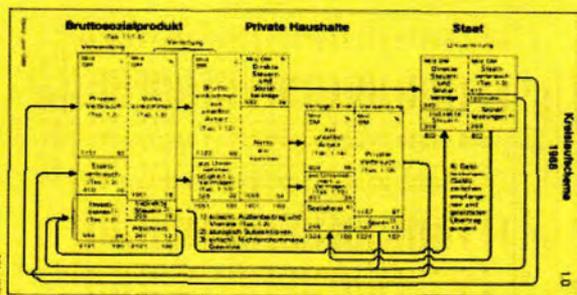
Homepage: <http://prof-goeschel.com/>

e-Mail: mail@prof-goeschel.com



Albrecht Goeschel

**Sozialbudget:
Funktionselement für Exportexzess
und Finanzkapitalismus**

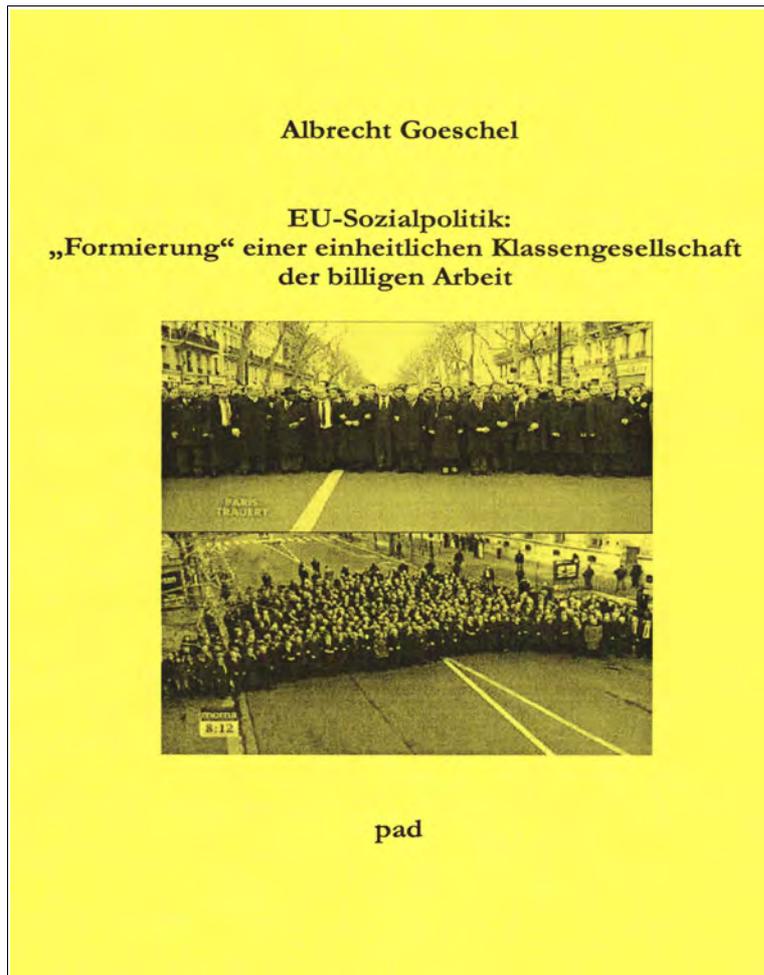


pad

Inhalt: „Geschäftsmodell Deutschland“: Exportexzess und Finanzkapitalismus durch Dumpinglöhne und Eurowährung / Kapitalistischer Sozialstaat: Schwacher Mehrwert-Garant und starker Profitraten-Treiber (Sozialbudgetwachstum substituiert Sozialproduktwachstum und Privatverbrauch - Sozialbudgetwachstum flankiert Kapitalumbau mittels Abschreibungen / Sozialbudgetwachstum basiert Exportüberschüsse/ Sozialbudgetwachstum kompensiert Privatsparen) / Sozialbudgetfinanzierung: Mehrwertsteuerlücke (Exportsteigerung als deutsches Wirtschaftskonzept - Export-Exzess: Ursache der Mehrwertsteuerlücke - Umsatzsteuerliche Behandlung von Exportlieferungen und Exportleistungen -Umsatzsteuer-Epansion und Umsatzsteuer-Stagnation) / Export-Exzess und Umsatzsteuer-Stagnation / Nachbemerkung / Übersichten

ca. 50 Seiten, 5 Euro

pad-Verlag – Am Schlehdorn 6 – 59192 Bergkamen / pad-Verlag@gmx.net



INHALT: Vorbemerkung / 1. Berlusconi und Schwäbische Hausfrau (Italien: Familialismus bis in den Arbeitsmarkt - Deutschland: Zerfallsprodukte der Ehefamilie als Handelsware auf dem Arbeitsmarkt - Euro-Krise: Sozialpolitik als Instrument der Vereinheitlichung des Arbeitsangebotes und der Wertminderung der Arbeit) / 2. Zerstörung der europäischen Wohlfahrtsstaaten in der Euro-Krise (Wirtschaftsraumerweiterung und Währungsanpassung: Grundmuster des atlantisch-pazifischen Kapitalismus - Raumordnung und Daseinsvorsorge als Europäisches Sozialmodell - Umbau durch direkte Sozialtransfersenkung - Umbau durch indirekte Sozialtransfersenkung - Sparpolitik und Fiskalpakt zerrütten Europa - Griechenland: Labor für die Zerrüttung des europäischen Sozialmodells - .

Sozialstaaten im Zangengriff von Abbau des Kündigungsschutzes, Erhöhung der Mehrwertsteuer und Absenkung der Renten - Deutsche „Reformen“ als Leitbild für die Lohnsenkung und Nachfragedämpfung in der EU - Lohnsenkung durch Neben-Lohnmanipulation - Nachfragedämpfung durch Mehrwertsteuergestaltung, Beitragsmanipulation, Grundsicherung, Verbrauchssteuererhöhung und Verbraucherpreiserhöhung - Ökonomische Ungleichgewichte und die unterschiedliche Verwundbarkeit der Länder Europas durch die Austerity-Strategie - Rückkehr des Fluchtkapitals: Die nächste Krise in Vorbereitung - Kapitalrückfluss nach Südeuropa: Schon wieder ein Wunder? - Niedriglohnzone Südeuropa und „Innerer Süden“ in Deutschland: Hier locken die Extraprofite) / 3. Sozialpolitik als Instrument der EU-Oster-schließung – und umgekehrt (Exkurs: Sozialprogramme und Satellitenstaatenbildung) / 4. Deutsch-deutsche „Sozialunion“: Transferökonomie im Osten und Extraprofite im Westen (Krise der Industrieländer und der Weltwährung: Chance zur Veränderung des Kräfteverhältnisses zwischen West und Ost durch Anschluss der DDR an die BRD - Exkurs: Budgetkrise in der BRD und Systemkrise in der DDR - De-Industrialisierung und De-Qualifizierung der ostdeutschen Wirtschaft: Voraussetzung für Extraprofite der westdeutschen Wirtschaft - „Solidarpakt“: Finanzierung der Extraprofite für die westdeutsche Wirtschaft aus den Arbeitslöhnen und den Sozialeinkommen - „Sozialunion“: Niedriglohnaufrüstung des neuen Deutschland durch Entkoppelung von Produktivität und Lohnniveau) - Nachbemerkung
ca. 60 Seiten, 5 Euro

pad-Verlag – Am Schlehdorn 6 – 59192 Bergkamen / pad-Verlag@gmx.net