



Reihe
Gesamtwirtschaft, Raumordnung und Sozialsicherung

Markus Steinmetz
**KASSENMEDIZIN-ATLAS
FÜR
DEUTSCHLAND**

Mit einer Einleitung
von
Prof. Albrecht Goeschel

2014

Herausgeber:
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Akademie und Institut für Sozialforschung
Verona

Herausgeber:
**Accademia ed Istituto per la
Ricerca Sociale Verona**
Corso Porta Nuova 11
I – 37122 Verona
**Palazzo Istituto Nazionale delle
Assicurazioni – Studio Germa**

Eigenverlag und Druck:
Akademie und Institut für Sozialforschung - Korrespondenzbüro
D – 83247 Marquartstein
2. Auflage 2014

© Dipl.Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng. 2014

Inhalt	Seite
Zur Notwendigkeit gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Kartografie Albrecht Goeschel	4
Kassenmedizin-Atlas für Deutschland Markus Steinmetz	7
1. Krankenversicherungspolitik im Geschäftsmodell Deutschland	7
2. Raumaspekte von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung	8
3. Bundesländer und Krankenkassen	9
4. Produktivität, Lohnniveau und Strukturdefizite	10
Exkurs: Prekärarbeit in den westlichen Bundesländern als Reaktion auf die Transferökonomie in den östlichen Bun- desländern	14
5. Private Krankenversicherung: Ein Bayern- phänomen	15
6. Arztpraxen und Krankenhäuser: Steuerungsfaktoren für den Rückfluss der Kassenfinanzen in die Regionen	15
7. Versorgungsdefizite treffen Sozialgruppen und Regionalwirtschaften	16
7.1. Apothekenkonzentration	17
7.2. Hausärztemangel	17
7.3. Krankenhausinseln	18

7.4. Pflegearmut	19
7.5. Erreichbarkeitsvorsprung	20
8. Beziehungsstörung	20
9. Männervorsterblichkeit	21
10. Staatsfinanzierung aus der Gesundheitswirtschaft	22
Karten 1 - 20	23
Anmerkungen	43
Atlanten von Markus Steinmetz	47

Zur Notwendigkeit gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Kartographie

Albrecht Goeschel *

Nach sieben Jahren Finanz-, Real- und Budgetkrise zeigt sich deutlich, dass das Austeritykonzept der Krisenbewältigung, also Kürzen des Sozialkonsums und Aufbrauch des Sozialkapitals insbesondere in den Gesundheitssystemen der Länder der EU praktiziert wird. (1) Selbst in so wirtschaftsstarken Regionen wie der Autonomen Provinz Bozen – Alto Adige soll nun auf massiven Druck der Regierung in Rom die geografisch erforderliche dezentrale Ambulant- und Stationärversorgung dezimiert und zentralisiert, d.h. ökonomisiert werden.

Insbesondere in Deutschland wird in den nächsten Jahren durch den EU-Fiskalpakt, die Schuldenbremse und die Finanzausgleichsreform die notorisch unterfinanzierte Krankenhausversorgung noch weiter unter Druck geraten. Gleichzeitig verschlechtert sich die bevölkerungsnaher Allgemeinanzversorgung aus Demografie- und aus Gendergründen dramatisch. Dabei gibt es große Abstände zwischen gesundheitlich unterversorgten Regionen und gesundheitlich überversorgten Regionen. (2) Die komplexen Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Wirtschaftsentwicklung, Finanzpolitik, Sozial- und Gesundheitspolitik und Regionalsituation könnten mit Hilfe der Wirtschafts-, Finanz- und Sozialkartografie für die Öffentlichkeit transparenter gemacht werden. In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre, im Zusammenhang der damals so heftig wie unbemerkt umstrittenen Frage einer generellen Regionalisierung oder einer expansiven Ökonomisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung hat es einen ersten und lange Zeit einzigen, sehr erhellenden Versuch eines Kartographienbandes zur damaligen Problemlage gegeben. Dieser erste Atlas zu den Raumordnungsaspekten der Krankenkassen entstand beim Bundesverband der Ortskrankenkassen. (3)

Heute wissen wir, dass Regionalunterschiede bei den Salden von Abfluss und Rückfluss der Beitragszahlungen bzw. der Leistungszahlungen in der Sozialversicherung, insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung nur die Oberfläche und die Außenseite des Problems darstellen. Im sozialpolitischen Diskurs in Deutschland ist die These vom „Sozialabbau“ besonders beliebt. Sie ist gleichwohl unzutreffend. Zutreffend ist vielmehr, dass das gesamte Sozialbudget in den zurückliegenden Jahren gegenüber dem Bruttonationaleinkommen keineswegs ab-, sondern zugenommen hat, d.h. dass letztlich wachsende Teile der Arbeitseinkommen nicht mehr als individuelle Nettolöhne und –gehälter ausbezahlt werden sondern in kollektive (Neben-) Lohnfonds abgeführt werden. Mit dieser Manipulationsmasse bezahlt dann die Sozial- und Fiskalpolitik insbesondere des Bundes eigene, eigentlich aus Einkommens-, Gewinn- und Vermögenssteuern zu finanzierende Aufgaben. Mit dieser wachsenden Manipulationsmasse wird aber auch der wachsende Sozialleistungsbedarf von Niedriglohnbeschäftigung, d.h. werden Lohnsenkungen im wachsenden unteren Bereich der Löhne finanziert. Ebenso werden die die Beitragleistungen der Arbeitgeber zu dieser

Manipulationsmasse direkt oder indirekt gesenkt. Insgesamt jedenfalls schiebt sich das Sozialbudget mit seinem wesentlichen Teilbereich „Gesundheitsversorgung“ zwischen das stetig weiter steigende Produktivitätsniveau und das verharrende oder sogar rückläufige Lohnniveau. (4)

Mit dem vorliegenden Kassenmedizin-Atlas für Deutschland wird, vor dem Hintergrund des mittlerweile sehr viel weitergehenden Wissens über die regionalen Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Wirtschaftsentwicklung, Finanzpolitik, Sozial- und Gesundheitspolitik und Regionalsituation und vor allem vor dem Hintergrund der „negativen“ Regionalisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Form des Zentralen Gesundheitsfonds, erneut eine kartografische Gesamtsicht der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung in Deutschland geboten.

Bis vor einem Jahrzehnt noch war Kartographie in Deutschland so gut wie kein Mittel des politisch-ökonomisch-sozialen Diskurses. Dann allerdings hat ein sich beschleunigender Prozess innovativer Kartographisierung der Debatten stattgefunden. Dieser Prozess hat in der Münchener Boulevardpresse im Vorfeld des Rücktritts der Regierung Stoiber mit der Veröffentlichung von Kartographien zu den teilweise krassen Unterschieden der Gesundheitslage in den Regionen Bayerns begonnen. (5) Fortgesetzt wurde diese Kartographisierung vor allem der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion dann mit dem Armutsatlas für Deutschland des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. (6) Dieser Atlas machte unübersehbar, wie groß die Armutsunterschiede zwischen den westdeutschen und den ostdeutschen Bundesländern und wie groß teilweise auch die Armutsunterschiede innerhalb der Bundesländer zwischen den Regionen sind.

Am Ende des vergangenen Jahrzehnts wurde dann noch der Kindergesundheits-Atlas für Deutschland vorgelegt, in dem Regionalzusammenhänge von Einkommensarmut und Krankenhausbehandlung bei Kindern aufgezeigt wurden. (7) Zusätzlich wurde in den letzten Jahren sozusagen exemplarisch eine ganze Serie von Atlanten zur ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Lage in Nordrhein-Westfalen (8) und zuletzt zur ökonomischen und sozialen Lage in der EU vorgelegt. (9). Hier war jeweils der Sozialverband VdK Landesverband Nordrhein-Westfalen der Herausgeber.

Ein im Jahre 2006 vom Institut für Arbeitsmarktforschung vorgelegter Atlas zu den regionalen Bilanzen der Einnahmen und der Ausgaben der Sozialversicherungszweige in Deutschland (10) hat leider in der Fachöffentlichkeit und in der Allgemeinöffentlichkeit niemals die ihm gebührende Aufmerksamkeit gefunden – sicherlich weil seine Ergebnisse sehr eindeutig zeigen, welche Länder bzw. Regionen bei Beachtung aller Real- und Monetärtransfers der Sozialversicherung in Deutschland tatsächlich „Geber“ oder „Nehmer“ sind. Dieser Atlas hätte das Potential enthalten, die lediglich auf den definierten Länderfinanzausgleich beschränkte Debatte zu diesem Thema in den notwendigen viel weiteren Rahmen zu stellen. Dies ist von der regierenden Politik wie von der opponierenden Politik aber offenbar gleichermaßen nicht gewünscht.

Umgekehrt sind bei jeglicher Art von Politik die in jüngerer Zeit etwa von der Bertelsmann-Stiftung in die Öffentlichkeit gebrachten „Versorgungs-Atlanten“ (11) um so beliebter: Ein wesentlicher Grund dürfte sein, dass diese Atlanten das unangenehme Thema des (Miss-)Verhältnisses der Abschöpfungen von Sozialbeiträgen aus den Regionen und der Rückflüsse von Sozialausgaben in die Regionen aussparen.

Der nachfolgend von Markus Steinmetz vorgelegte Kassenmedizin-Atlas für Deutschland verfolgt aber gerade dieses Anliegen: Er will die regionalen Unterschiede in der Finanzierung der Sozialen Krankenversicherung, die regionalen Unterschiede in der Gesundheitsinfrastruktur und zuletzt die regionalen Unterschiede in den Gesundheitslagen darstellen und Zusammenhänge und Wechselwirkungen erörtern. Der vorliegende Atlas ist aus einem Ende 2010 von Albrecht Goeschel und Markus Steinmetz für den ver.di – Bundesvorstand erarbeiteten Entwurf entstanden.

***) Prof. Albrecht Goeschel**
Gast-Professor an der Staatlichen Universität Rostov
Mitglied des Präsidiums der Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale Verona

Kassenmedizin-Atlas für Deutschland

Markus Steinmetz *

1. Krankenversicherungspolitik im Geschäftsmodell Deutschland

Die vor zwei Jahrzehnten von der damaligen christlich-liberalen Bundesregierung gesetzlich verankerte Beitragsdeckelung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und die ihr vorausgegangen bzw. sie begleitenden Leistungskürzungen in der Gesundheitsversorgung, bezeichnet als „Kostendämpfung“, waren ein zentrales Element der Politik der Lohnquotensenkung. Diese sollte, so wurde argumentiert, durch direkte Lohnzurückhaltung der Arbeitnehmer und durch politische Neben-Lohndeckelung durch den Gesetzgeber die Weltmarktposition der deutschen Exportbranchen auch im Bereich der Kosten und Preise weiter stärken. (12)

Das mit diesem Konzept verbundene schwache Inlandswachstum und Zurückbleiben der Massensteuern wie Lohnsteuer und Mehrwertsteuer wurde noch durch die mit den wachsenden Exportüberschüssen verbundenen Mehrwertsteuerausfälle verstärkt. (13) Die Zweckentfremdung von erheblichen Anteilen der ihrerseits gedeckelten Beitragsaufkommen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Aufgaben der Allgemeinpolitik und des Staatshaushaltes durch Verschiebepbahnhöfe und Versicherungsfremdleistungen sind neben der Instrumentalisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Lohnquotensenkung die andere entscheidende Funktionalisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Förderung des Geschäftsmodells Deutschland – diesmal als „Gegenfinanzierung“ für eine jahrzehntelange Politik der Steuersenkung für Unternehmen, Hocheinkommen und Vermögen. (14)

Umgekehrt ist die seit Jahrzehnten insbesondere im Bereich der stationären Versorgung, d.h. der Akutkrankenhaus-, Rehaklinik- und Pflegeheimversorgung betriebene Desinvestitionspolitik und Budgetierung wegen der hohen Beschäftigtenzahlen und Lohnquoten in diesem Bereich ein entscheidender Beitrag zur Schwächung der Inlandsnachfrage. Gleichzeitig dient die forcierte Privatisierung und Kommerzialisierung der Erschließung neuer oder zusätzlicher Steuerquellen für den Staatshaushalt. (15)

*) Dipl.Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
Ingelheim

2. Raumaspekte von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung

In den Anfangsjahrzehnten der Bundesrepublik Deutschland waren die Gesetzliche Krankenversicherung und die Kassenarzt- und Krankenhausversorgung als zentrale Elemente der Daseinsvorsorge am Prinzip des Sozialen Bundesstaates einschließlich der verfassten Kommunalautonomie ausgerichtet. Sowohl die Gesetzliche Krankenversicherung wie auch die Kassenarzt- und Krankenhausversorgung waren weit überwiegend auf Länder, teilweise auch auf Regional- und Kommunalebene sowie in Länderzuständigkeit organisiert. Bundesweit-zentrale Kranken(Ersatz-)kassen waren damals eine auf dem noch weniger häufigen Angestelltenstatus aufgebaute Sonderform der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Die überwiegend regionale Organisationsstruktur und Versorgungsfunktion der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. sozialen Gesundheitsversorgung hatte den Vorteil einer wirtschafts- und sozialräumlichen Abstimmung von regionaler Wirtschaftskraft, Beitragskraft, Bevölkerungs- und Gesundheitssituation sowie Gesundheitsinfrastruktur.(16) Die allgemeinen Regionalunterschiede bildeten sich dementsprechend in regionstypisch unterschiedlichen Beitragssätzen ab. Für besondere „demographische“ Bedarfslagen gab es die kassenübergreifende Krankenversicherung der Rentner mit ihrem spezifisch Ausgaben glättenden Finanzausgleich.

Grundlegende Verwerfungen in diesem auch in anderen europäischen Ländern, bspw. in Österreich bestehenden Regionalprinzip der Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung ergaben sich aus dem mit dem Übergang zur Angestellten- und Dienstleistungsgesellschaft insbesondere in den Ballungsräumen starken Anwachsen der bundesweit-zentralen Ersatzkassen und der damit verbundenen Risiko- und Beitragsspreizung zwischen den Regionalkassen, z. B. den AOKen und den Ersatzkassen. (17)

Sehr viel länger als die von der Politik im Zuge der Gesundheits-„Reformen“ massiv durch „Wettbewerb“ beschleunigten Kassenkonzentration als Problemlösung blieb die Gesundheitsversorgung typisch klein- und mittelbetrieblich sowie nah versorgend und personalintensiv. Insbesondere im Bereich der Krankenhausversorgung und, auch von diesem ausgehend jetzt in der Kassenarztversorgung, nimmt die Konzentration nun auch in der Gesundheitsversorgung deutlich zu. (18)

Zunächst als politischer Kompromiss zwischen Prämienfinanzierung bzw. Solidarbeitragsfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung mit den Perspektiven der Kapitalstock- bzw. Umlagefinanzierung gedacht hat der vor einigen Jahren etablierte Zentrale Gesundheitsfonds auch Probleme der Krankenkassenorganisation „gelöst“. Anstelle der am Ende der Debatte zur Krankenkassenorganisation in den 1980er und 1990er Jahren von den Experten, den Ländern und einigen der Krankenkassenverbände favorisierten regional differenzierten und harmonisierten Beitragssätze aller Kassenarten mit ergänzendem Finanzausgleich (19) brachte der Gesundheitsfonds einen

bundesweit einheitlichen Beitragssatz mit risikospezifisch variierten Pauschalzahlungen pro Mitglied an die Krankenkassen.

Eine der vielen nichtangestrebten, gleichwohl hochwirksamen Nebeneffekte dieses zentrale Gesundheitsfonds ist seine Wirkung als Verstärker von Regionaldisparitäten. Zwar werden die vollwertig sozial versicherten Beschäftigungsverhältnisse durch einen Bundesbeitragssatz flächendeckend einheitlich abgeschöpft, d.h. den Wirtschaftsregionen werden je nach Beschäftigungsgrad und Entgelthöhe proportional Wertanteile entzogen. Rückflüsse in Gestalt von Ausgaben der Krankenkassen an die Leistungserbringer in den Versorgungsregionen hingegen erfolgen proportional zu deren Gesundheitsinfrastrukturdichte. Besonders begünstigt sind hier Ballungsraumkerne mit ihrem besonders hohen Gesundheitswirtschaftsbesatz sowie landschaftlich bevorzugte Gebiete mit ihrer hohen Dichte spezifischer Gesundheitsanbieter wie Fachärzte und Fachkliniken.

Insbesondere durch das bekannte Zusammentreffen von Wirtschaftsstärke bzw. Einkommensstärke und Facharztdichte in begünstigten Regionen sind diese regionalwirtschaftliche „Gewinner“ des zentralen Gesundheitsfonds. Hingegen sind Regionen mit Wirtschafts- und Einkommenschwäche sowie Arzt- und Facharztmangel „Verlierer“ des zentralen Gesundheitsfonds. (20)

3. Bundesländer und Krankenkassen

Die Verstärkung von Regionaldisparitäten jetzt durch den Zentralen Gesundheitsfonds ist, wenn auch ein wichtiger, so doch nicht der einzige Negativaspekt in den Zusammenhängen und Wechselwirkungen von Geschäftsmodell Deutschland und Krankenversicherungsreform. Im übrigen hat nicht erst der Zentrale Gesundheitsfonds mit seiner einheitlichen Beitragsabschöpfung bei unterschiedlicher Leistungserbringung zu unerwünschten Regionalinzidenzen geführt. Während der heftigen Auseinandersetzungen über die Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der zweiten Hälfte der neunzehnhundertachtziger Jahre war mehrfach untersucht und dargestellt worden, dass und wie die zentral-bundesweiten Krankenkassen, insbesondere die Ersatzkassen Überversorgungen ihrer Versicherten in den Ballungsräumen aus Unterversorgungen ihrer Versicherten in den Landgebieten subventionieren (21) und Disparitäten zwischen den Bundesländern produzieren. (22)

Das damit angesprochene grundsätzliche Verhältnis von Sozialsicherung und Raumordnung im Sozialen Bundesstaat Deutschland (23) steht damit auf einer noch allgemeineren Ebene zur Debatte. Die neoliberal-konkurrenzökonomischen Ziele einer indirekten Senkung der Lohnkosten durch Einfrieren oder Absenken der Neben-Lohnkosten wurden ordnungs- und sozialpolitisch als Freisetzung von Wettbewerbskräften etc. kommuniziert. In diesem Kontext wurden dann auch noch die räumlichen Grenzen, innerhalb derer die zu Unternehmen gemachten Krankenkassen in Preiskonkurrenz um Mitglieder treten sollten, nicht dem Markt vorgegeben, sondern sollten selbst noch Ergebnis des Konkurrenzkampfes sein. (24) Es wurden also sowohl die

Föderalordnung der Bundesrepublik wie auch die Raumstruktur der Bundesrepublik durch Freigabe eines ungezügelter Fusionsprozesses teils quer über die Ländergrenzen hinweg übergangen. (25)

Dabei hatte die Bundespolitik, um die Widerstände vor allem der Bundesländer gegen den geplanten Abbau ihres Einflusses auf die Krankenversicherung zu neutralisieren eine symbolische „Föderalisierung“ aller, auch der zentralbundesweiten Krankenkassen inszeniert. Für letztere wurden mit der Krankenkassenreform des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1992 sogenannte „Landesbevollmächtigte“ vorgeschrieben und von den Ersatzkassen zu „Landesvertretungen“ ausgebaut. Das eigentliche Ziel der Krankenkassenreform, die Beseitigung der Pluralität autonomer regionaler Krankenkassen, also vor allem der autonomen Allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen konnte unter diesem „Föderalisierungsschleier“ erfolgreich realisiert werden. Insbesondere die Konzentration und Zentralisierung der Regional-AOKen zu Landes-AOKen war der entscheidende Erfolg dieser Reformphase.(26) Der zweite Reformschlag folgte dann 2009 mit der Etablierung des Zentralen Gesundheitsfonds, der auch die bis dahin schon entstandenen Kassenkonzerne nur noch zu sozial nicht mehr zu kontrollierenden Zwischenakteuren der von der Bundesregierung und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegebenen Budget- und Leistungsnormen machte.

Es gibt einige Zahlen, die diese Entwicklung anschaulich illustrieren: Während nach der Zusammenlegung beider deutscher Staaten im Jahre 199 immerhin 1130 eigenständige regionale Krankenkassen mit entsprechenden Selbstverwaltungen bestanden, denen 543 Kreise und Kreisfreie Städte gegenüberstanden, gab es im Jahr 2005 nur noch 370 eigenständige regionale Krankenkassen für 439 Kreise und Städte. (27) Die Schein-Föderalisierung als Deckmantel über der Kassen-Konzentration und Kassen-Zentralisierung kann gut an der Bestückung der Bundesländer mit Landesverbänden, Landesvertretungen, Landesverwaltungen, Landesgeschäftsstellen, Landeskassen und Regionalzentren der Gesetzlichen Krankenversicherung abgelesen werden.

Karte: Übersichtskarte Deutschland

Karte: Krankenkassen-Landesebene Deutschland

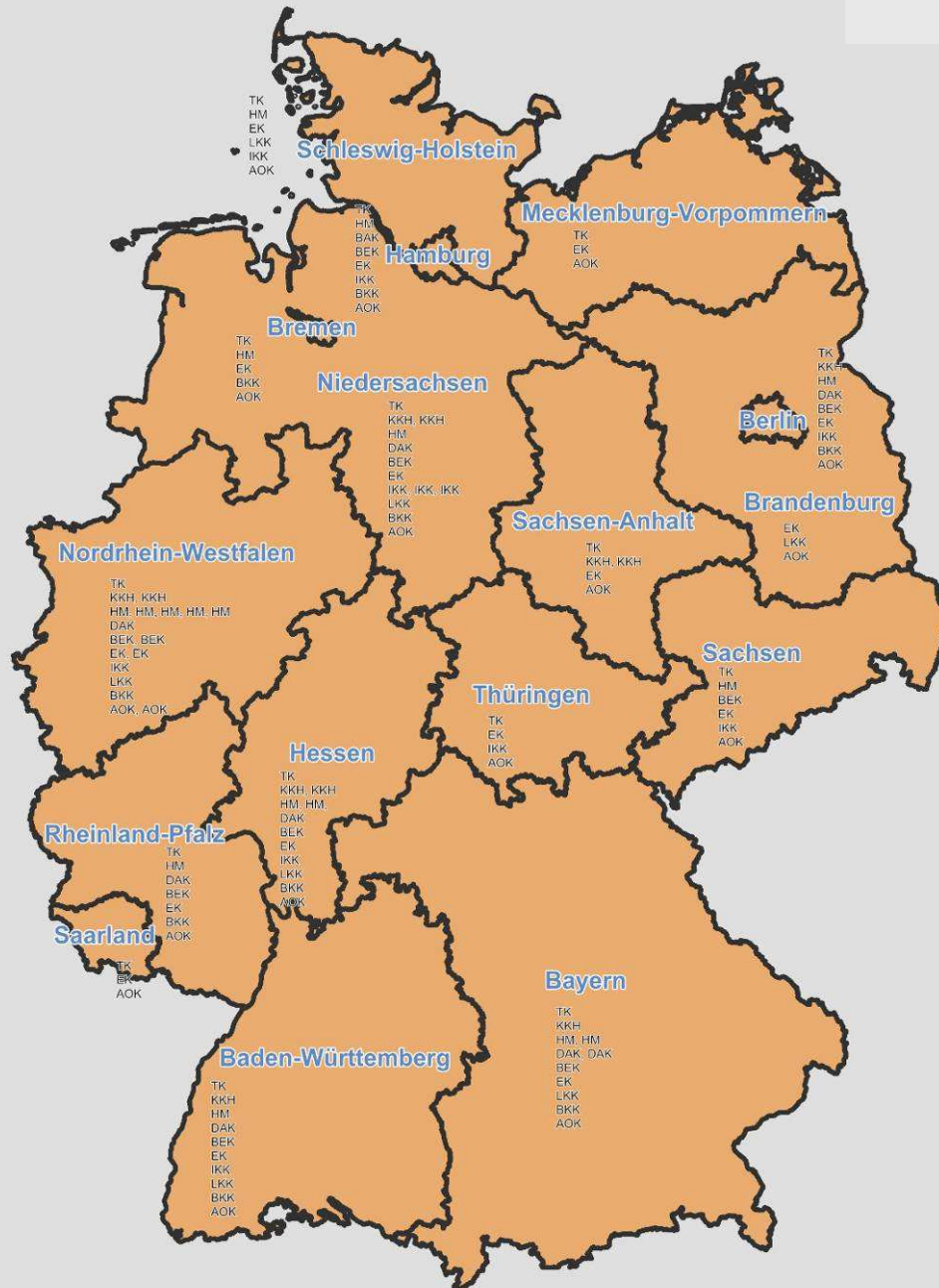
4. Produktivität, Lohnniveau und Strukturdefizite

Bei einer Betrachtung der Wechselwirkungen zwischen den Regionen im Bereich der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung bietet es sich zunächst an, die Regionalunterschiede in der Produktivität der Wirtschaft, gemessen in der Bruttowertschöpfung in Euro je Erwerbstätigen zu betrachten. Unzweifelhaft erreichen hier die süddeutschen Regionen, im wesentlichen Baden-Württemberg, Bayern und Hessen die höchsten Werte (Karte 1). Es folgen die Regionen im Westen und Norden, also Saarland, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein. Demgegenüber bleiben die Regionen in den sogenannten neuen

Übersichtskarte Deutschland



Krankenkassen-Landesebene in Deutschland



© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Landesverbände, Landesvertretungen, Landesverwaltungen, Landesgeschäftsstellen, Landeskassen und Regionalzentren der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, Eigene Auswertung nach Leonhardt-Verlag (Hrsg.): Gesundheitswesen 2006/2007, München 2006.

Bundesländern im Osten, mit wenigen Ausnahmen, auch 20 Jahre nach der Zusammenlegung beider deutscher Staaten weit zurück.

Darüber, welches Finanzvolumen aus der Gesamtwertschöpfung einer Region über den einheitlichen Beitragssatz für die Gesetzliche Krankenversicherung abgeschöpft wird, entscheiden im lohnbasierten System der deutschen Sozialversicherung die Arbeitsentgelte nach Volumen, Niveau und Struktur. Noch deutlicher als bei der Wertschöpfung, d.h. beim Produktivitätsniveau zeigt sich bei der Arbeitsentgelthöhe, d.h. beim Lohnniveau eine klare West-Osteilung. Die höchsten Lohnniveaus werden in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen, Bremen, Niedersachsen, Hamburg und Schleswig-Holstein erzielt. Die niedrigsten Lohnniveaus gelten mit ganz wenigen Ausnahmen im Osten, d.h. in den neuen Bundesländern (Karte 2). Damit ist klar, dass der Süden, Westen und Norden Deutschlands ausgehend von Produktivität und Lohnniveau weit überdurchschnittlich zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beitragen wird, wenn dem nicht ganz wichtige Barrieren im Bereich von Niveau und Struktur der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung entgegenstehen. Dazu später.

In die Betrachtungen von Produktivität und Lohnniveau als Voraussetzungen für die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen wegen der Rolle der Renten als beitragspflichtiger Alters-Löhne, d.h. nachgezahlter Löhne (28) auch diese Alterseinkommen einbezogen werden. Nur scheinbar bieten dabei die deutlich höheren Niveaus der Alters-Löhne in den ostdeutschen Bundesländern einen Ausgleich für die überwiegende Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Arbeitsentgelten im Süden, Westen und Norden. Die hohen Alters-Löhne, d.h. die Hochrenten im Osten kommen ebenfalls nicht aus eigener Produktivität und eigenem hohem Lohnniveau, sondern werden aus den Rentenbeitragszahlungen vor allem des Südens, Westens und Nordens beglichen. (Karte 3) Demgegenüber kommen die hohen Alters-Löhne in der Mitte Baden-Württembergs, im Saarland, in Südhessen, im Rhein-Ruhrraum, Bremen, der Mitte Niedersachsens und Hamburgs aus noch bestehender oder vormaliger Hochproduktivität von Automobilbau, Montanindustrie, Schiffsbau etc.

Es ist bemerkenswert, dass zwar ausgeprägte Regionaldisparitäten bei der Produktivität und bei den Löhnen bestehen, dass aber die Lohnarbeit als solche, d.h. die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit wenigen Ausnahmen, gehäuft in ländlichen Räumen Westdeutschlands und Süddeutschlands, sehr gleichmäßig verteilt ist. (Karte 4) Es ist also nicht eine unterschiedlich häufige Ausübung von Lohnarbeit als solche, die zu unterschiedlichen Geber- bzw. Nehmerpositionen der Regionen bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung führt, sondern tatsächlich der Unterschied in Produktivität und Lohnniveau.

Betrachtet man ergänzend die regionale Mengenverteilung der vormaligen Lohnarbeiter und nunmehrigen Alters-Lohnbezieher könnte hier wiederum der Eindruck entstehen, ähnlich wie beim höheren Rentenniveau würde auch über den viel häufigeren Rentnerstatus ein höheres Beitragsvolumen der Rentner der ostdeutschen Regionen im Vergleich zu den westdeutschen Regionen bedingt. (Karte 5) Auch hier gilt aber, dass die vom Volumen und von der

Proportion des Volumens und von der Proportion des Niveaus her viel höheren ostdeutsche Renten bzw. darauf bezogenen Beiträge zur Krankenversicherung nicht aus dortiger Produktivität und aus dortigem Lohnniveau finanziert werden sondern ein wesentlicher Bestandteil der sogenannten ostdeutschen Transferökonomie (29) sind, d.h. aus den süd-, west- und norddeutschen Rentenbeiträgen finanziert werden.

Bei genauerer Betrachtung der auf den ersten Blick so gleichmäßigen Teilnahme der Bevölkerung in allen deutschen Regionen an der Lohnarbeit zeigen sich hier vor allem für die ostdeutschen Regionen die massiven Strukturdefizite der Beschäftigung und damit der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die ostdeutschen Regionen sind am ausgeprägtesten von allen deutschen Regionen durch Teilzeitarbeit und damit eine schwächere Grundlage für Beitragszahlungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung geprägt (Karte 6). Noch deutlicher treten diese Unterschiede bei den Langzeitarbeitslosen und Niedrigstlöhnern in Erscheinung (Karte 7). Zwar zeigen hier auch der Raum Aachen, das Ruhrgebiet, die Nordseeküste und das östliche Niedersachsen höhere Werte – aber diese erreichen nicht die Ausprägung und Flächendeckung der ostdeutschen Regionen.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Ostdeutschland erfolgt also direkt wegen der niedrigeren Produktivität, des niedrigeren Lohnniveaus und der höheren Teilzeitquoten sowie der höheren Langzeitarbeitslosen- und Aufstockerquoten erkennbar aus den Krankenversicherungsbeiträgen des Südens, Westens und Nordens. Auch die vom Volumen und vom Niveau her höheren Beitragsaufkommen zur Gesetzlichen Krankenversicherung aus den ostdeutschen Alters-Löhnen ändern daran nichts, da auch sie aus den Beiträgen zur Rentenversicherung der übrigen Regionen finanziert werden.

Exkurs: Prekärarbeit in den westlichen Bundesländern als Reaktion auf die Transferwirtschaft in den östlichen Bundesländern

Aufmerksame Ökonomen weisen seit Jahren darauf hin, dass die Zerstörung der industriellen Basis in den ostdeutschen Bundesländern nach der Zusammenlegung beider deutscher Staaten dort eine Transferwirtschaft hat entstehen lassen, deren Nachfrage zwar den Unternehmen in den westdeutschen Bundesländern sichere Absatzmöglichkeiten garantiert, gleichzeitig aber wegen der Finanzierung der ostdeutschen Transfereinkommen aus den Sozialversicherungsbeiträgen an Stelle einer Finanzierung aus Steuern die Arbeitskosten über die steigenden Sozialbeiträge massiv erhöht hat. (30) Ökonomen sehen darin die Ursache für die sowohl von Arbeitgebern wie teilweise von Arbeitnehmern in den westlichen Bundesländern bevorzugte Prekärarbeit. (31)

Wenn man sowohl die regionale Verteilung der Geringfügigbeschäftigten (Karte 8) wie auch der Teilzeitbeschäftigten (Karte 6) zusammen betrachtet wird

deutlich wie sehr, mit Ausnahme Bayerns, Teilzeit- und Geringfügigbeschäftigung in den westlichen Bundesländern bei hoher Produktivität und hohem Lohnniveau sowie niedriger Langzeitarbeitslosigkeit (Karte 7) dazu beitragen, den seit der Zusammenlegung beider deutscher Staaten deutlich gestiegenen Sozialbeiträgen zu entgehen.

5. Privatkrankenversicherung: Ein Bayernphänomen

Die stets sehr abstrakt geführte Diskussion über das Verhältnis von Sozialer Kranken- und Pflegeversicherung und Privater Kranken- und Pflegeversicherung stellt sich bei regionaler Betrachtung sehr rasch ganz konkret dar, ordnungspolitische Poesie wird regionalstrukturelle Prosa: Jedenfalls konzentrieren sich die Hauptprämienzahler der Privaten Krankenversicherung, die Selbständigen im Süden Deutschlands (Karte 9). Für die zweite Gruppe der Hauptprämienzahler der Privaten Krankenversicherung, die Beamten, Soldaten und Richter (Karte 10) gilt eine Häufung in Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Eine plausible Erklärung hierfür hat sich nicht gefunden.

Es wäre eine Sache differenzierter sektoraler und regionaler Recherchen und Analysen, etwa die Gruppe der Selbständigen um die Beitragszahler in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu bereinigen.

6. Arztpraxen und Krankenhäuser: Steuerungsgrößen für den Rückfluss der Krankenkassenfinanzen in die Regionen

In der Diskussion über den vorgeblichen Nutzen und den tatsächlichen Schaden der „Reformen“ in der Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung wurde schon in den 1980er Jahren auf die nachweisbaren kreislaufökonomischen Diskrepanzen zwischen der Beitragsabschöpfung aus den Regionen und den Leistungsrückflüssen in die Regionen hingewiesen. Das damals bestehende Neben- und Gegeneinander zentral-bundesweiter Ersatzkassen und regional-gebietszuständiger Betriebs-, Innungs- und Ortskrankenkassen führte in vielen gerade strukturproblematischen Regionen zu nicht wünschenswerten Verwerfungen.⁽³²⁾ Es verwundert nicht, dass die von Volksparteien, Gesundheitsverbänden, Ministerialbürokratie und Kassenkonzernen dominierte Gesundheitsdiskussion dieses Thema seit Jahrzehnten vermeidet. Allerdings ist durch die Installierung des Zentralen Gesundheitsfonds das Thema gleichmäßiger Beitragsabschöpfung und ungleichmäßiger Leistungsrückflüsse nicht mehr zu umgehen gewesen und breit erörtert worden. ⁽³³⁾

Für die Zwecke dieses Atlas ist es zunächst ausreichend, die räumliche Verteilung der Arztpraxen und der Krankenhausbetten als Steuerungsgrößen für die Rückflüsse der Krankenkassen in Form von Leistungsausgaben der Krankenkassen in die Regionen zu betrachten (Karte 11 und Karte 12).

Zunächst ist dabei noch einmal an die Beitragsabschöpfung zu erinnern: Trotz der starken Zunahme prekärer Arbeit in den westlichen Bundesländern sind diese es, die durch die Beitragsbemessung über die Löhne und über die Mitfinanzierung der Alters-Löhne und damit auch der entsprechenden Beitragsaufkommen aus den östlichen Bundesländern das Finanzaufkommen in den östlichen Bundesländern mitfinanzieren.

Betrachtet man nun die räumliche Verteilung der wichtigsten leistungsabrechnenden Gesundheitsanbieter, d.h. der Arztpraxen und der Krankenhäuser, so stellt die erkennbar höhere Dichte der Arztpraxen in den westlichen Bundesländern einen entscheidenden Faktor dafür dar, dass die überwiegend dort aufgebracht Beitragsmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung verstärkt auch wieder dorthin zurück fließen. Dies gilt insbesondere für das südliche Baden-Württemberg, das südliche Bayern, Nordrhein-Westfalen und das südliche Niedersachsen (Karte 11). Im Bereich der ambulanten Kassenärztlichen Versorgung würden dann gerade das nördliche Baden-Württemberg, das nördliche Bayern und das nördliche Niedersachsen zu den eigentlichen „Verlierern“ zählen.

Deutlich anders stellen sich die Verhältnisse in der Krankenhausversorgung dar. Hier ist der Süden ausgesprochen dünn ausgestattet, während die ostdeutschen Bundesländer deutlich bessere Werte zeigen. Über die Krankenhäuser erreichen die ostdeutschen Bundesländer zusätzlich zur erheblichen Aufbringung ihrer Krankenversicherungsbeitragsaufkommen durch die westdeutschen Bundesländer auch noch einen erhöhten Zufluss über die Krankenhausaufgaben der Krankenkassen. Ein interessanter Sonderfall ist Nordrhein-Westfalen: Sowohl bei den Arztpraxen wie bei den Krankenhausbetten zeigt Nordrhein-Westfalen hohe Ausstattungsichten. Derzeit kann sich Nordrhein-Westfalen seinen hohen Beitrag zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung noch einigermaßen wieder zurückholen.

7. Versorgungsdefizite treffen Regionstypen und Sozialgruppen

Aus finanzwissenschaftlicher Sicht treffen Defizite in der Versorgungsinfrastruktur Regionstypen ebenso wie Sozialgruppen. Eine schwächere Ausstattung mit Arztpraxen, Krankenhäusern etc. bedingt einen geringeren Zufluss von Krankenkassenfinanzen in die entsprechenden Regionen bzw. Regionstypen. Dieser Effekt kann sogar noch verstärkt werden, wenn die mobileren Segmente der durch eine schlechtere Ausstattung mit Arztpraxen, Krankenhäusern etc. benachteiligten Bevölkerungen zur Versorgungsinanspruchnahme in weniger defizitäre Regionen ausweichen. Solche Potenzierungseffekte bleiben bei den nachfolgenden Betrachtungen jedoch außer Acht.

7.1. Apothekenkonzentration

In der Versorgungsforschung gibt es Untersuchungen zu den Regionalunterschieden im Arzneimittelgebrauch und im Arzneimittelverbrauch. (34) Auffällig ist jedoch das fast gänzliche Fehlen von Darstellungen zur unterschiedlichen Ausstattungsdichte der Regionen mit Apotheken. (35) Dies ist umso erstaunlicher, als Apotheken ein wesentlicher Bestandteil der wohnort- und bevölkerungsnahen Gesundheitsberatung und –versorgung sind. Dies gilt insbesondere für ihre zuverlässigen Nachdienstbereitschaften.

Auffällig an der Regionalverteilung der Apotheken in Deutschland ist deren vergleichsweise hohe Dichte in Landgebieten und in Tourismusregionen (Karte 13) wie Nordsee- und Ostseeküste, aber auch Westfalen, Schwarzwald-Bodensee, Süd- und Südostbayern. Mit wenigen Ausnahmen bleibt demgegenüber die Ausstattung mit Apotheken in Schleswig-Holstein, Niedersachsen und den ostdeutschen Bundesländern im unteren Bereich.

Darstellungen über einen längeren Zeitraum könnten die Folgen von gesetzlichen Änderungen des Apothekenrechts wie etwa die Freigabe von Zweigapotheken sichtbar machen.

7.2. Hausärztemangel

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) des Jahres 2012 sollte ein wirksames Instrument geschaffen werden, um die absehbare teilweise dramatische Ausdünnung vor allem der Hausarztversorgung zunächst abzumildern. Interessant an diesem Gesetz ist der Umstand, dass das Gesetz Konzepte der Bedarfsplanung in der Kassenärztlichen Bedarfsplanung aufnahm, die dreieinhalb Jahrzehnte zuvor, zu Beginn der Bedarfsplanung in der Kassenärztlichen Versorgung am Widerstand der Kassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen gescheitert waren. (36) Neben den damals vorgeschlagenen Regionalen Gesamtfonds als quantitative Orientierungsgrößen für die Ausgestaltung der ambulanten Versorgung und der übrigen Sektoren des Gesundheitswesens war vor allem eine breite Einbindung kommunaler und zivilgesellschaftlicher Partner in den Planungsprozess empfohlen worden. Ziel war es, dadurch die „Bedarfsseite“, d.h. die Bevölkerungs- und Patientengruppen ausreichend zu repräsentieren. Mehrere im Auftrag des Hausärzteverbandes bzw. eines Wohlfahrtsverbandes erstellte Untersuchungen zur Hausarztversorgung in Bayern, Nordrhein-Westfalen und in Deutschland haben diese neuen Möglichkeiten aufgegriffen und die Hausarztversorgung auf deren besonders relevante Patientengruppen wie Ältere, Krankenhausentlassenen, Pflegebedürftige und Einkommensschwache bezogen. (37)

Betrachtet man die für die Älteren zur Verfügung stehenden Hausärzte in den Regionen, so ist hier eine Besserstellung des Südens zu erkennen (Karte 14). Jenseits der Mainlinie gibt es deutlich weniger gut versorgte Gebiete. Allerdings gibt es auch in Baden-Württemberg, Bayern, und Hessen weite Gebiete mit niedriger Hausarztausstattung bezogen auf die Älterenbevölkerung. In Südbayern, im Bodensee- und Schwarzwaldraum und in Südhessen spricht

dabei viel dafür, dass sich dort bevorzugt Fachärzte niederlassen und die Hausärzte verdrängen. In anderen Mangelgebieten schwindet die Hausarztversorgung vor allem aus demographischen Gründen. Die Ärzte erreichen die Altersgrenze und die Zahl der Alterspatienten steigt gleichzeitig an.

Soweit es die für einkommensschwache Personen und Familien zur Verfügung stehenden Hausärzte betrifft, ist diese Nord-Südteilung noch deutlicher ausgeprägt (Karte 15). Hier spielt natürlich der Umstand eine zentrale Rolle, dass im Süden die Zahl der Einkommensschwachen ihrerseits so viel niedriger als in anderen Teilräumen ist (Karte 7). Bei den wenigen Gebieten bspw. Westfalens mit höherer Hausarztversorgung einkommensschwacher Personen oder Familien handelt es sich um Gebiete mit hoher Arztdichte einerseits und niedriger Sozialhilfedichte andererseits. Für den Versorgungsgrad der einkommensschwachen Bevölkerung ist also, nüchtern betrachtet, deren Anteil an der Bevölkerung ausschlaggebend. Für den Rückfluss von Finanzmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung in die Regionen ist eine hohe Kassenarztdichte generell entscheidend. Zielwerte der Kassenarzt-Bedarfsplanung sind diese spezifischen Versorgungsqualitäten für bestimmte Patientengruppe bzw. Finanzinzidenzen für die Regionen auch bei der neuen Kassenarztbedarfsplanung nicht.

7.3. Krankenhausinseln

Die seit den späten 1970er Jahren praktizierte Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen als indirekte Form staatlich-politischer Lohnsenkung hat sich seitdem stets bevorzugt auf eine Verringerung der Zahl der Standorte, der Betten und der Behandlungstage der Krankenhausversorgung gerichtet. (38) Dabei hat dieser Kapazitätsabbau in den entscheidenden 15 Jahren nach der Zusammenlegung beider deutscher Staaten teilweise weit überdurchschnittlich in den ostdeutschen Bundesländern sowie in Niedersachsen, Hamburg und Berlin stattgefunden. Demgegenüber blieb der Kapazitätsabbau in den west- und süddeutschen Bundesländern deutlich unter dem Durchschnitt. (39) Hintergrund für diese deutlichen Unterschiede ist eine auch heute noch wesentlich dünnere Krankenhausbettendichte vor allem in den süddeutschen Bundesländern und im nördlichen Westfalen. Dort wurden schon in den 1980er Jahren kleine dezentrale Krankenhäuser in erheblicher Anzahl geschlossen. (40)

Durch diesen einerseits in den ostdeutschen und norddeutschen Bundesländern teilweise drastischen Abbau von Krankenhausbetten und diesen andererseits in den süddeutschen und westdeutschen Bundesländern nach vorherigem Abbau deutlich geringeren Bestand an Krankenhausbetten ist mittlerweile nur noch in der Mitte Deutschlands eine Art Krankenhausinsel mit hoher Ausstattung an Krankenhausbetten übrig geblieben. Diese Krankenhausinsel reicht vom Ruhrgebiet über Südwestfalen bis Ostwestfalen und Nordhessen (Karte 12). Erklärtes politisches Ziel der Bundesregierungen und der Kassenverbände ist eine weitere Ausdünnung der Krankenhausinfrastruktur (41). Dabei wird sich der Druck auf die beschriebene „Krankenhausinsel“ weiter erhöhen. (42) Über den Kanal der von den Ländern

zu tragenden Investitionskosten werden damit der EU-Fiskalpakt, die Schuldenbremse und die Finanzausgleichsreform die schon jetzt eklatante Unterfinanzierung der Krankenhauswirtschaft gerade in Nordrhein-Westfalen noch weiter dramatisieren. (43) Allerdings sind mittlerweile auch die Krankenhäuser in den südlichen Bundesländern massiv gefährdet. (44)

Noch bewirkt die hohe Ausstattung mit Krankenhausbetten bspw. für das strukturproblematische Ruhrgebiet einen hohen Rückfluss von Finanzmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung, der auch durch die noch hohe Kassenarztdichte unterstützt wird.

7.4. Pflegearmut

Unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität ist es für die Pflegebedürftigen vorrangig, dass ausreichend Pflegekräfte in ihren Wohngebieten zur Verfügung stehen. Gemessen an der auf eine Pflegekraft kommenden Anzahl von Pflegebedürftigen (Karte 16) gilt für die deutschen Regionen eine sehr untypische und gleichzeitig prägnante Dreiteilung. Während der Nordwesten Deutschlands mit Ausnahme des an die Niederlande grenzenden Raumes und der Umlandzonen Bremens und Hamburgs gute Versorgungswerte zeigt und ähnliches für Baden-Württemberg mit Ausnahme seines Ostens und Nordostens gilt, zieht sich eine Zone ungünstiger Versorgungswerte von der Grenze zu Polen bis zur Grenze nach Frankreich. Hier besteht Untersuchungsbedarf etwa zu der Frage, welche Rolle die Familien- und Haushaltsgrößen oder die Pflegegeldleistungen spielen.

Die Versorgungslage im Pflegebereich wird in der Öffentlichkeit verkürzt erörtert. Insbesondere zwei wichtige Gesichtspunkte werden übersehen: Durch die Schaffung einer nur Teilkosten deckenden Pflegeversicherung neben der Vollkosten deckenden Krankenversicherung ist eine indirekte Beitragsentlastung der Wirtschaft und Leistungsbelastung der Privathaushalte erreicht worden. Im Zuge des demographischen Wandels und des damit verbundenen morbiditären Wandels geraten wachsende Teile des Erkrankungsgeschehens aus der Zuständigkeit der Krankenkassen in die Zuständigkeit der Pflegekassen, d.h. Teilkostenerstattung tritt an die Stelle von Vollkostenerstattung – die Morbidität wird „billiger“. (45) Aus regionaler Sicht bedeutet dies, dass hohe Anteile von Pflegebedürftigen an der Wohnbevölkerung, wenn sie Krankenhaus- und Kassenarztbedürftige substituieren, den Rückfluss von Finanzmitteln aus der Gesetzlichen Krankenversicherung in solche Regionen vermindern. Anders sieht es aus, wenn Pflegebedürftige aus anderen Regionen zuziehen und sozusagen Finanzmittel der Pflegeversicherung in die jeweilige Region mitbringen. Umgangen wird in der Öffentlichkeit auch ein besonderer Aspekt der Pflegeversicherung, der eine sehr direkte Wirkung für die Pflegebedürftigen und ihre Familien einerseits und die Regionen andererseits hat: Die Pflegegeldleistung. Sofern Familienangehörige Pflegeleistungen erbringen werden hierfür von der Pflegeversicherung Entgelte gezahlt. Hierdurch verbessert sich die Einkommenslage gerade bei einkommensschwachen Haushalten. Dieser Effekt ist sicherlich eine Erklärung für die gerade in den ostdeutschen Regionen deutlich häufigere Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen. Für die

Regionen ist dies eher ungünstig zu bewerten, da hierdurch weniger sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze in der Pflegewirtschaft entstehen.(46)

Im Zusammenhang der steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen, deren Alterseinkommen nicht ausreichen, um die von der Pflegeversicherung getragenen Pflegekosten zu decken, und die daher Sozialhilfe beziehen, wird in der Fachöffentlichkeit mittlerweile von „Pflege-Armut“ gesprochen. (47)

7.5. Erreichbarkeitsvorsprung

Nach der bevorstehenden und teilweise schon vorweggenommenen weiteren Kürzung der öffentlichen Haushalte im Zuge des EU-Fiskalpaktes, der Schuldenbremse und der Finanzausgleichsreform ist mit einer weiteren Ausdünnung des Öffentlichen Nahverkehrs zu rechnen. Auch das derzeit noch nicht vereinbarte, aber zu erwartende Freihandelsabkommen wird den Öffentlichen Nahverkehr weiter unter Konkurrenz- und Ökonomisierungsdruck setzen. In der Fachliteratur wird von einer drohenden Mobilitätsarmut der einkommensschwächeren Privathaushalte gewarnt. (48)

Für die Bedarfsgerechtigkeit und Gleichmäßigkeit, d.h. die medizinisch-therapeutische und die soziale Qualität der Gesundheitsversorgung wird damit die Erreichbarkeit der Berufe und der Einrichtungen des Gesundheitswesens wieder zu einem entscheidenden Faktor. Gemessen an der Erreichbarkeitszeit der Mittelzentren sind hier Nordrhein-Westfalen, Teile Niedersachsens, Hessen, das Saarland und Teile von Baden-Württemberg eindeutig begünstigt (Karte 17). Bei der für diese guten Erreichbarkeit wesentlichen Straßeninfrastruktur handelt es sich sozusagen um das „Erbe“ vor allem der hochentwickelten Industriewirtschaft in diesen Regionen. Allerdings ist dieser Erreichbarkeitsvorsprung der genannten Regionen, ebenso wie der Erreichbarkeitsrückstand anderer Regionen mittlerweile gemeinsam durch die jährlich größer werdende Investitionslücke allein beim Erhaltungs- und Erneuerungsbedarf des Straßennetzes in Deutschland gefährdet. (49)

8. Beziehungsstörung

Seit der Jahrtausendwende ist im Gesundheitsdiskurs in Deutschland eine erkennbare Auflockerung der strikten Ausrichtung der Beschreibung des Versorgungsbedarfes an Kategorien der Fachgebietemedizin fest zu stellen. Dieser Wandel reicht von der Erörterung einer „Lebenslagenmedizin“ (50), speziell einer „Männermedizin“ (51), bis zur Diskussion über „Individualisierte Medizin“. (52) Hierbei werden soziodemographische und sozioökonomische Lebensbedingungen deutlich aufmerksamer berücksichtigt als vordem. So werden stabile Partnerschafts- und Familienbeziehungen als zentrale salutogenetische Faktoren herausgestellt bzw. Trennungen und Scheidungen als gesundheitsriskante Faktoren insbesondere für Männer identifiziert. (53)

Trennungen und Scheidungen wie auch Eheschließungen als Voraussetzungen für Ehescheidungen sind gut geeignete Indikatoren zur Beschreibung und

Beurteilung regionaler Lebenslagen und Gesundheitsverhältnisse. Hier zeigt die regionale Verteilung der Ehescheidungen in Deutschland (Karte 18) ein eindeutiges Bild: Die hohen Eheschließungshäufigkeiten und wie man unterstellen darf auch Trennungshäufigkeiten entfallen auf die nord- und westdeutschen alten Bundesländer. Demgegenüber zeigen die nord- und ostdeutschen neuen Bundesländer und der Süden Deutschlands niedrige Scheidungshäufigkeiten.

Dabei weist die Entwicklung bei näherer Betrachtung in zwei entgegengesetzte Richtungen: In den ostdeutschen Bundesländern hat es in den zurückliegenden Jahren eine gegenüber der Vorzeit regelrechte Welle der Eheschließungen bei Seltenheit von Ehescheidungen gegeben. Die Annahme ist berechtigt, dass dies auch eine Reaktion auf die anhaltend schwierige Beschäftigungs- und Einkommenslage in den neuen Bundesländern ist. (54) Daneben zeigt sich, dass in den alten Bundesländern mit niedriger Scheidungshäufigkeit Scheidungen und Trennungen sich auf die einkommensprivilegierten Umlandzonen von Ballungsräumen konzentrieren, also auch dort, nur mit sozusagen geändertem Vorzeichen, die sozioökonomischen Rahmenbedingungen sich im Beziehungsverhalten abbilden. Eine lebenslagenorientierte Gesundheitsversorgung wird sich auch an den regionstypischen Beziehungsmustern der Bevölkerungen orientieren.

9. Männervorsterblichkeit

Nach der Jahrtausendwende erreichte auch, später als in anderen europäischen Ländern, das Thema „Männergesundheit“ die Gesundheitsdiskussion in Deutschland. (55) Wesentlich war die Erkenntnis, dass die Männer in Deutschland wie in den anderen kerneuropäischen Ländern eine deutlich niedrigere Lebenserwartung haben als die Männer im Süden Europas und dass in Deutschland selbst die Männerlebenserwartung parallel zur Wirtschafts-, Einkommens- und Beschäftigungssituation vor allem in den südlichen Bundesländern wesentlich höher ist als in den ostdeutschen Bundesländern. (56) Die in der öffentlichen Diskussion besonders betonte längere Lebenserwartung der Frauen gegenüber derjenigen der Männer zeigt, lediglich auf höherem Niveau, ähnliche Regionalunterschiede wie die Lebenserwartung der Männer.

Bei einer näheren Betrachtung der Vorsterblichkeit der Männer gegenüber den Frauen in den Regionen Deutschlands (Karte 19) zeigt sich ein interessantes Phänomen: Das stets als deutsches Erfolgsmodell des Konkurrenzföderalismus als Gegenentwurf zum Solidaritätsföderalismus gefeierte Bayern ist an seiner Nordostgrenze in Fortsetzung der Gegebenheiten in den ostdeutschen Bundesländern und entsprechend zum Entwicklungsrückstand des nordostbayerischen Raumes durch eine hohe Männervorsterblichkeit belastet. Zu den auffällig günstigen Werten um Berlin und in Brandenburg kann vermutet werden, dass diese ein Ergebnis der seit zwei Jahrzehnten anhaltenden Zuwanderung Bessergestellter nach Berlin und Umlandwanderung Bessergestellter aus Berlin sind.

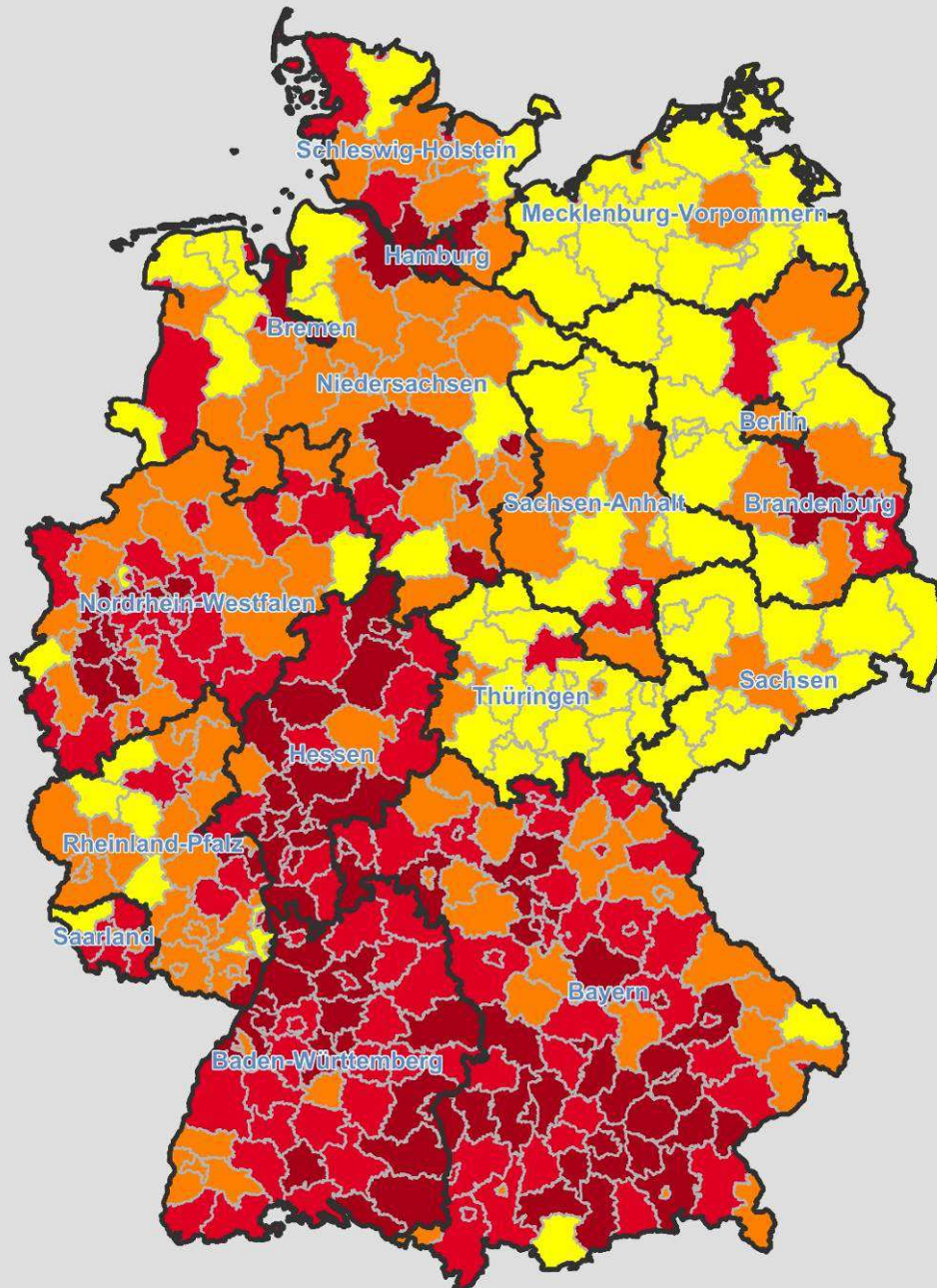
Ungünstig für die weitere Entwicklung der Männerlebenserwartung ist der Umstand, dass die Finanz-, Real- und Budgetkrise der letzten Jahre vor allem die Männerbranchen der Wirtschaft betroffen hat und noch betrifft. Zusätzlich werden im Zuge der in Europa praktizierten „Austerity-Politik“ und unter der Überschrift einer „Gender-Gerechtigkeit“ die mit dem typisch männlichen „Normalarbeitsverhältnis“ verbundenen Arbeits- und Sozialrechte abgebaut und an die typisch weibliche „Prekärarbeit“ angeglichen. Durch die insgesamt deutlich verschlechterte Beschäftigungs- und Einkommenssituation werden die Beziehungen zwischen den Geschlechtern, bislang eine wichtige Gesundheitsressource der Männer, zunächst überlastet und dann auch häufig zerstört. In der Literatur ist von einem fatalen Zusammentreffen von „Wirtschaftskrise und Beziehungskrise“ (57) die Rede. Ohne Zweifel ist eine männerspezifische Qualifizierung der Gesundheitsversorgung dringend erforderlich. (58)

10. Staatsfinanzierung aus der Gesundheitswirtschaft

Erstmals wurde der Begriff „Gesundheitswirtschaft“ nach dem Antritt der christlich-liberalen Regierungskoalition im Herbst 1982 von der damals neu gegründeten täglichen „Ärzte-Zeitung“ in Umlauf gebracht. „Gesundheitswirtschaft“ war der Abwehrbegriff gegen die damals seitens der Bundespolitik monoton praktizierte Dauerdiskriminierung der Gesundheitsversorgung als „Kostenfaktor“. (59) Erst vor den Bundestagswahlen von 1998 ließ dann die damalige Bundesregierung den einseitigen Kostenvorwurf gegenüber der Gesundheitsversorgung fallen und billigte ihr auch eine Funktion als Wachstumsfaktor zu. (60) Es war dann der Bund der Steuerzahler, für den in einem Gutachten dargestellt wurde, dass und wie die Beitragsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Finanzierung von Staatsaufgaben an Stelle von Steuermitteln zweckentfremdet werden. Vor allem wurde gezeigt, dass die Kommerzialisierung und Privatisierung der Gesundheitsversorgung das Gesundheitswesen als Quelle für Verbrauchs-, Einkommens- und Unternehmenssteuern, d.h. für die Staatsfinanzierung erschließt. (61)

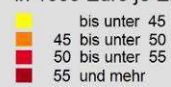
Das Umsatzsteueraufkommen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen in den Regionen Deutschlands (Karte 20) zeigt ein durchaus plausibles Muster: Hohe Aufkommen an Umsatzsteuer aus dem Gesundheits- und Sozialwesen bringen Tourismusgebiete wie die Nord- und Ostseeküste sowie das gesamte baden-württembergisch und bayerische Alpenvorland, das Erzgebirge sowie die zahlreichen im Inneren Deutschlands gelegenen sonstigen Ferien- und Urlaubsgebiete. Hohe Steueraufkommen bringen auch einige Ballungsräume wie das Ruhrgebiet, Bremen, Hamburg, Stuttgart und München. Zuletzt gibt es auch ländliche Räume mit hohem Steueraufkommen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen - die Voraussetzungen hierfür bedürfen weiterer Untersuchungen.

Karte 1
Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft
in den Regionen Deutschlands

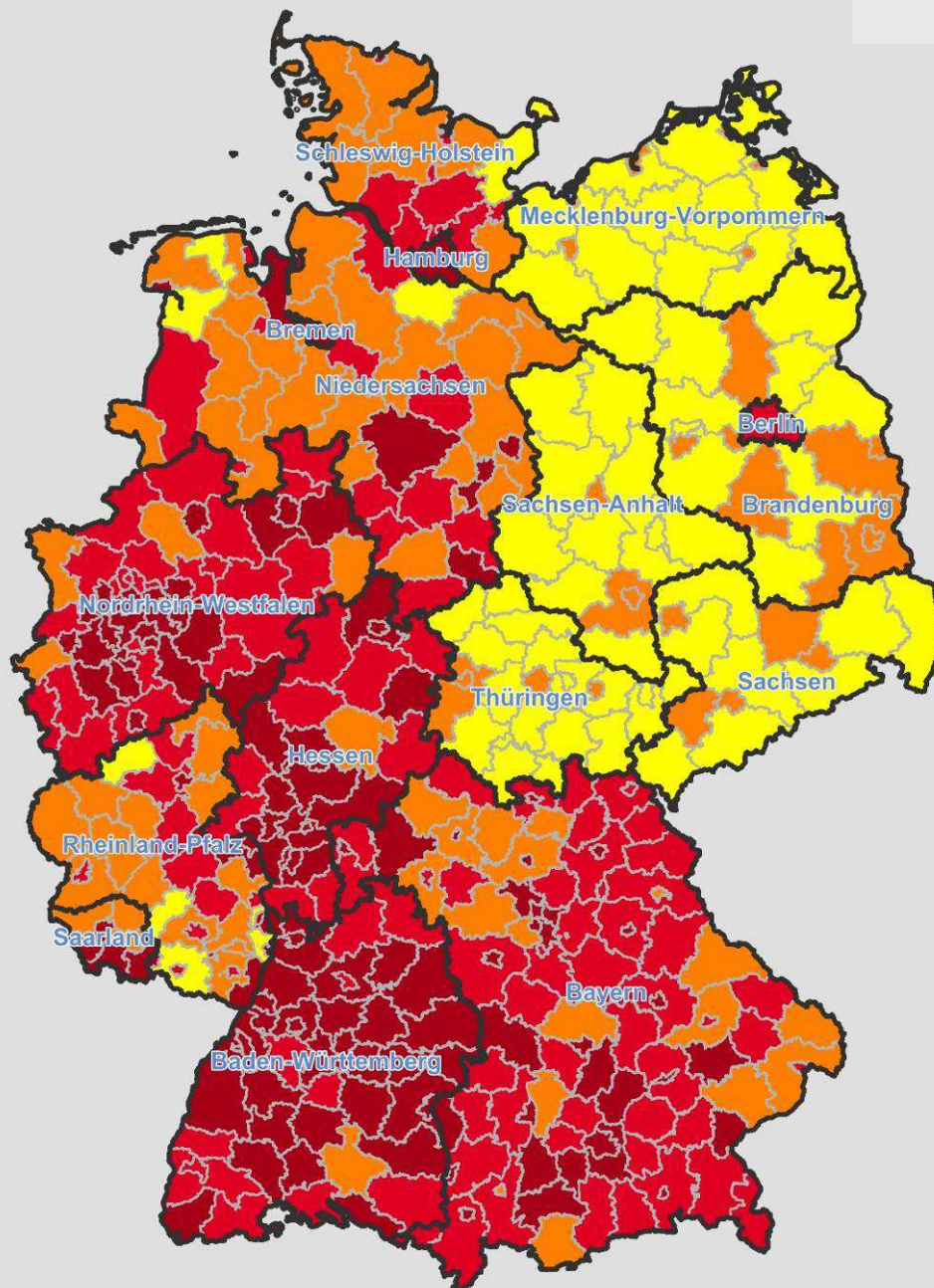


© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
 und Raumforschung im Bundesamt für
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Bruttowertschöpfung
 in 1000 Euro je Erwerbstätigen



Karte 2 Beitragsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands (Arbeitsentgelte)

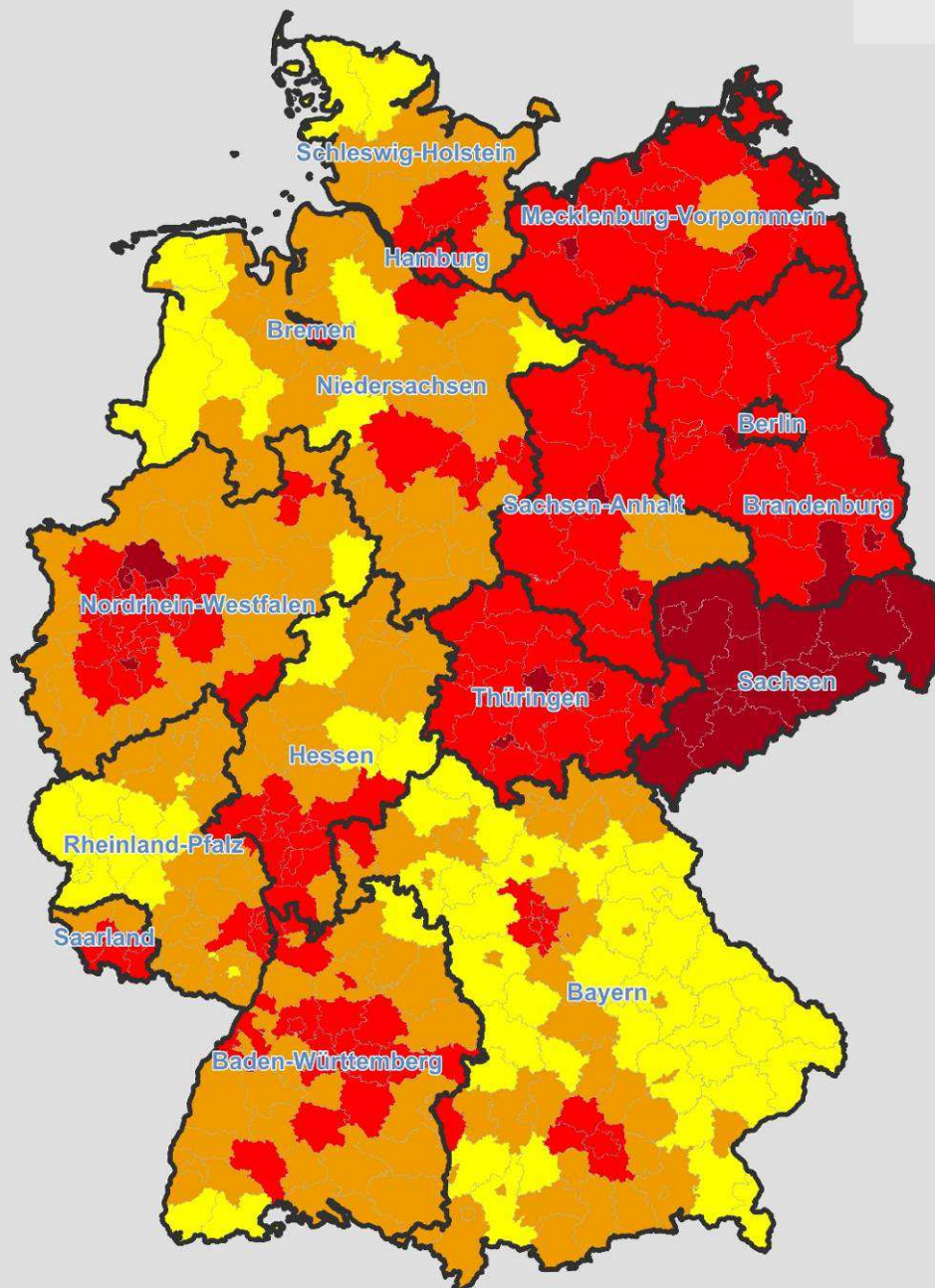


© Studiengruppe für Sozialforschung
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
und Raumforschung im Bundesamt für
Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Arbeitnehmerentgelte
in Euro je Arbeitnehmer

- bis unter 2250
- 2250 bis unter 2500
- 2500 bis unter 2750
- 2750 und mehr

Karte 3 Beitragsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Regionen Deutschlands (Rentenbezüge)

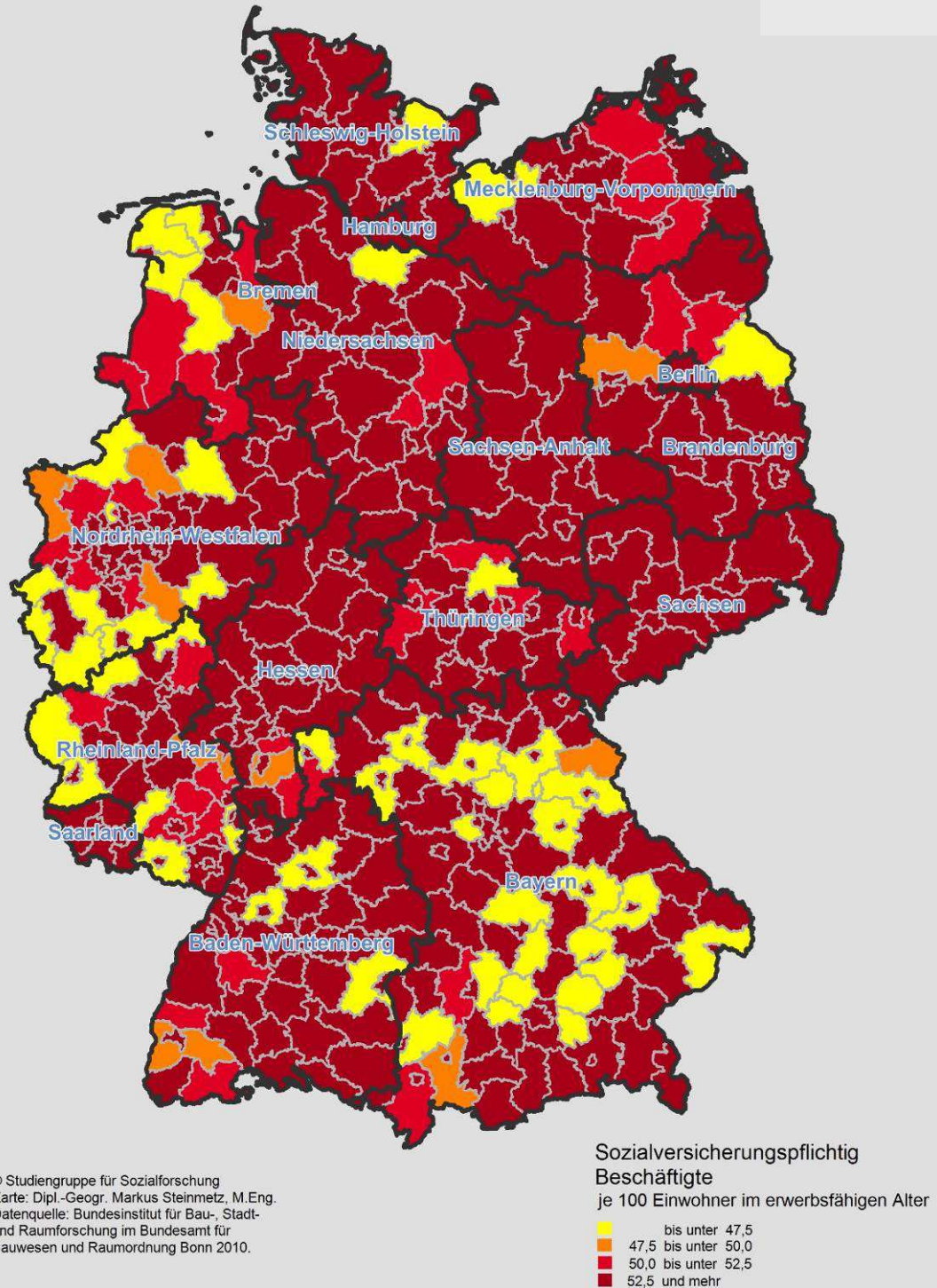


© Studiengruppe für Sozialforschung
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
und Raumforschung im Bundesamt für
Bauwesen und Raumordnung Bonn 2011.

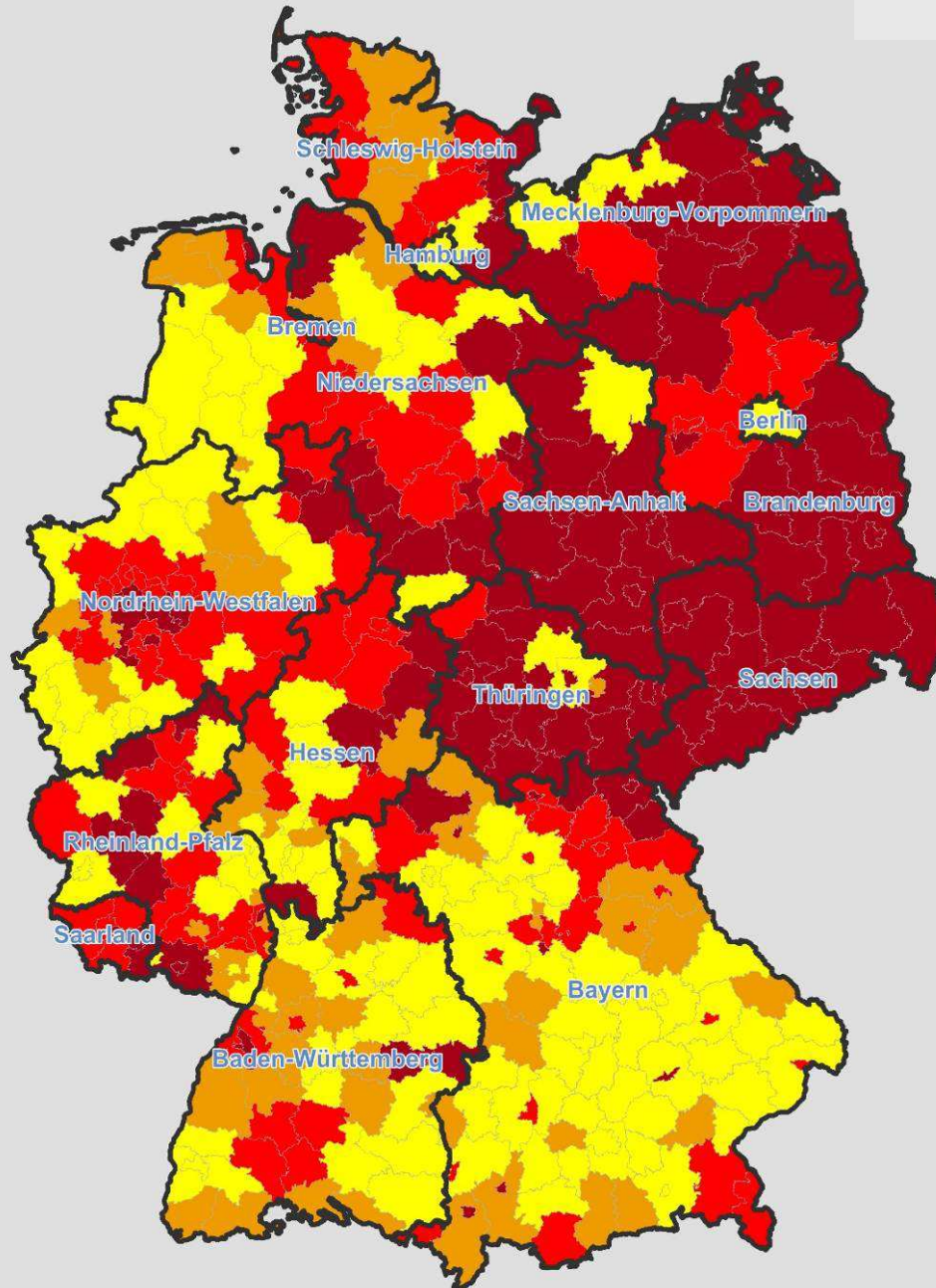
Rentenbezüge
in Euro je Einzelrentner ab 65 Jahren

- bis unter 700
- 700 bis unter 800
- 800 bis unter 900
- 900 und mehr

Karte 4
Beitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung
in den Regionen Deutschlands (Beschäftigte)



Karte 5
Beitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung
in den Regionen Deutschlands (Rentner)

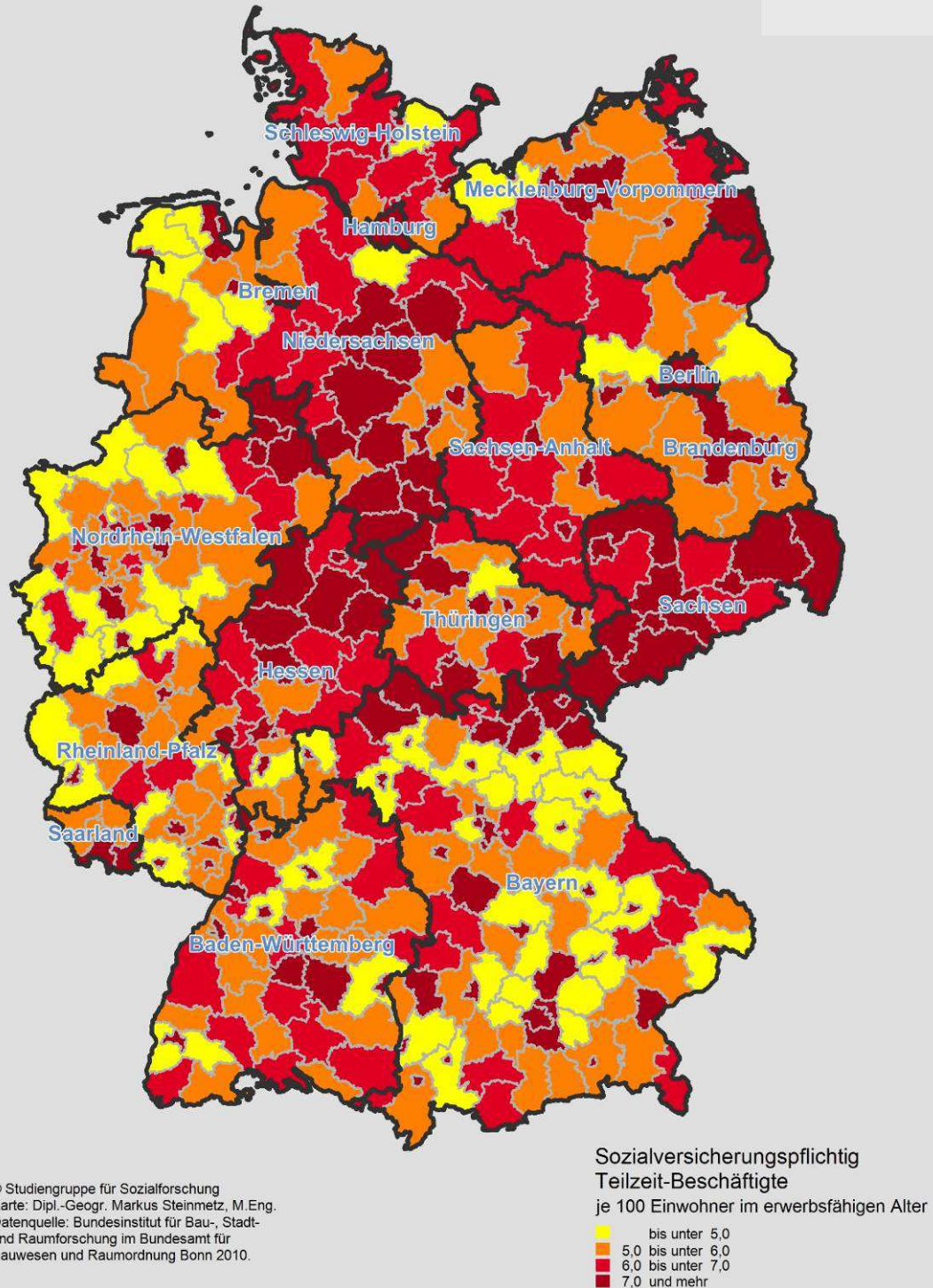


© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
 und Raumforschung im Bundesamt für
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2011.

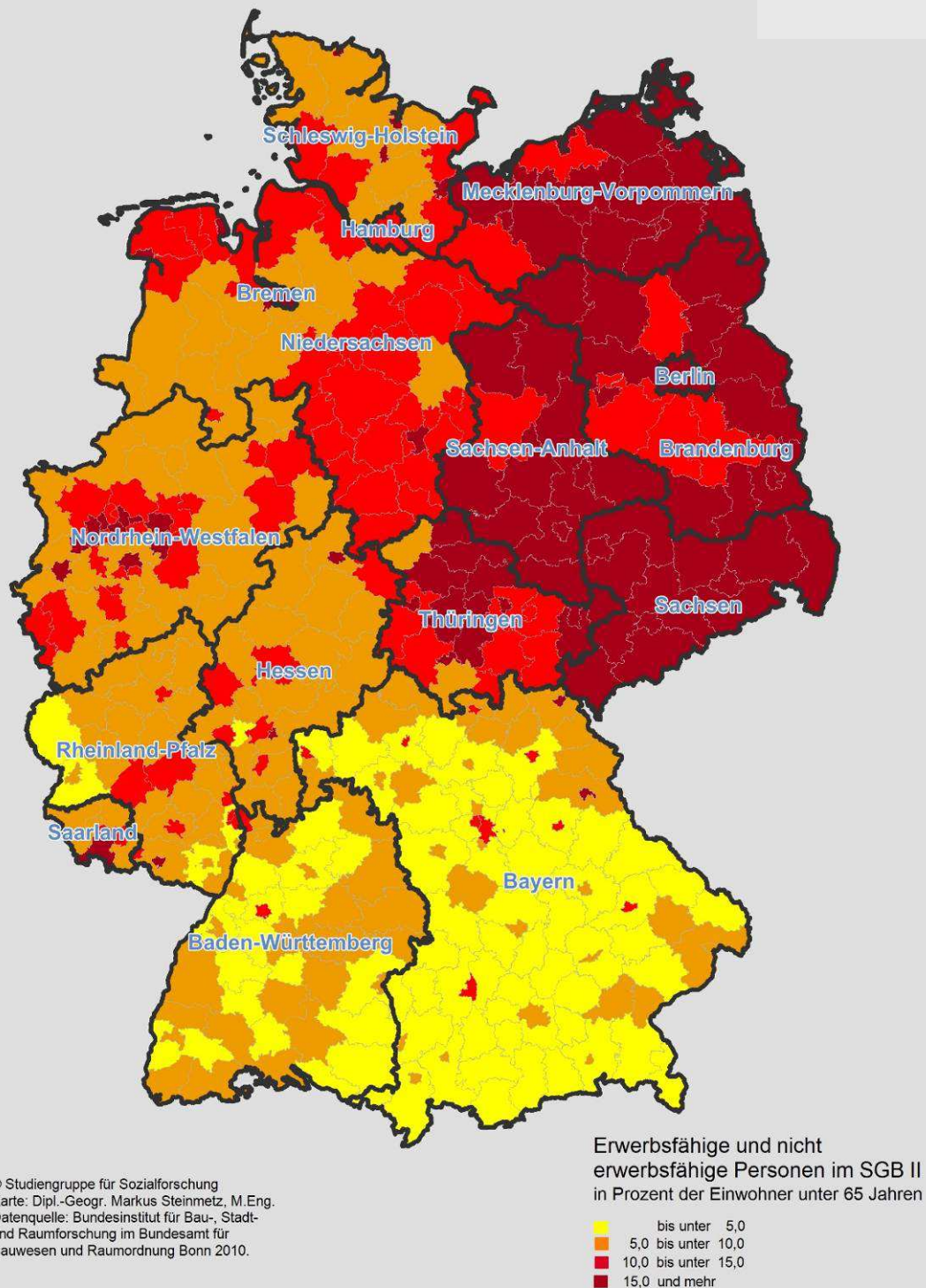
Rentenempfänger
 je 10.000 Einwohner

Yellow	bis unter 1.700
Orange	1.700 bis unter 1.900
Red	1.900 bis unter 2.000
Dark Red	2.000 und mehr

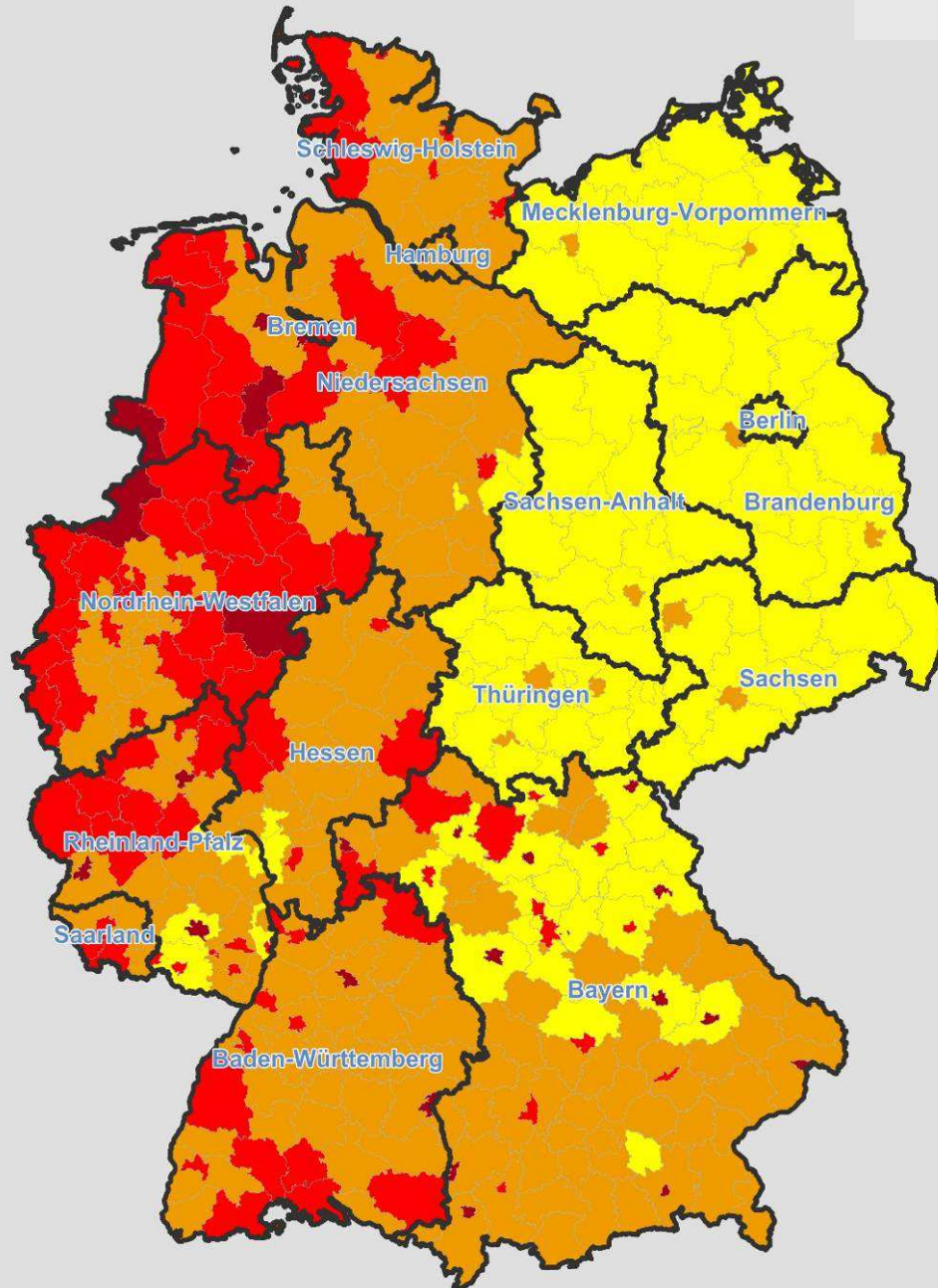
Karte 6
Niedrigbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung
in den Regionen Deutschlands (Teilzeit-Beschäftigte)



Karte 7
Unterbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung
in den Regionen Deutschlands (Grundsicherungsempfänger)



Karte 8
Nichtbeitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung
in den Regionen Deutschlands (Geringfügigbeschäftigte)

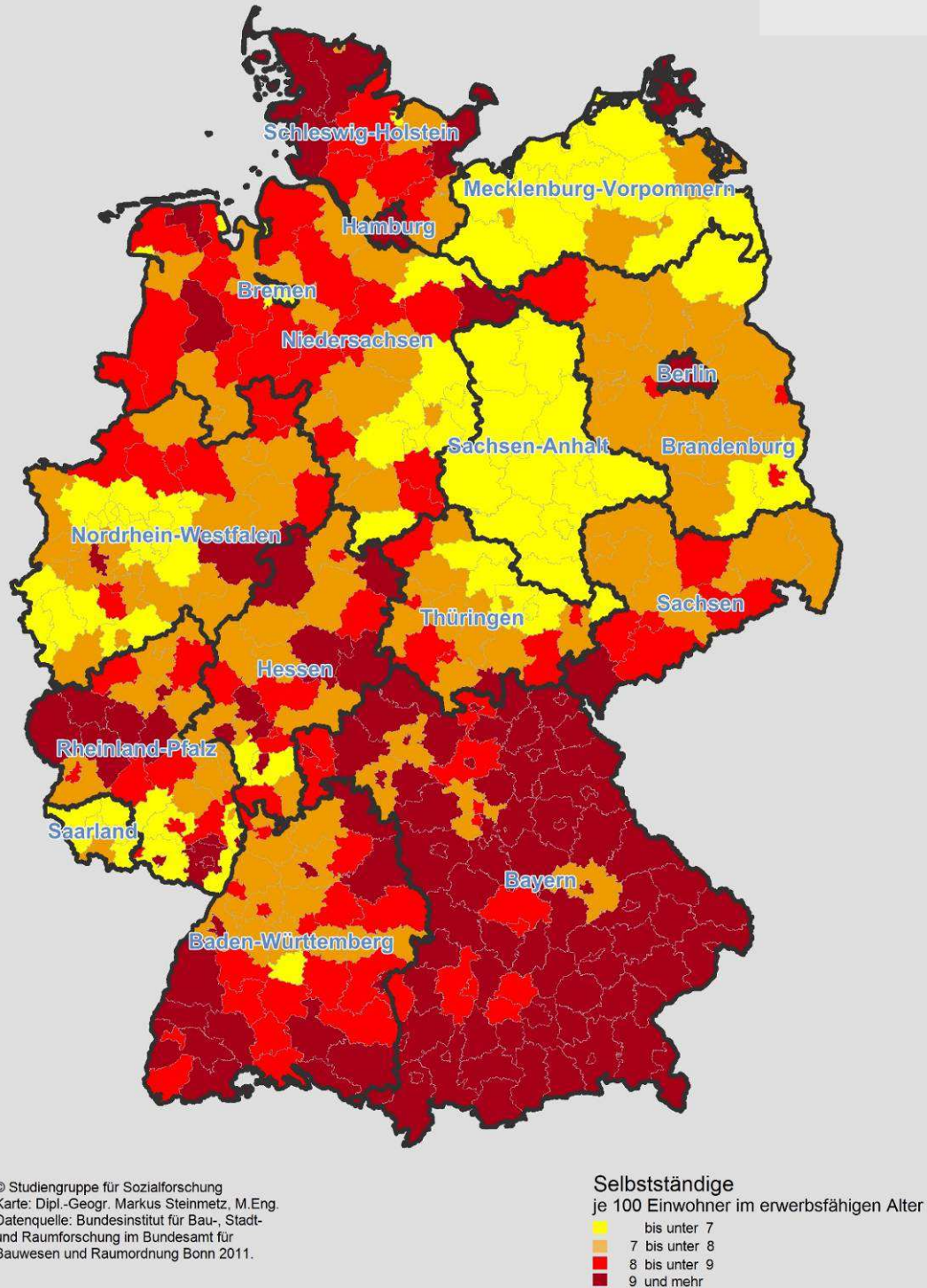


© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
 und Raumforschung im Bundesamt für
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

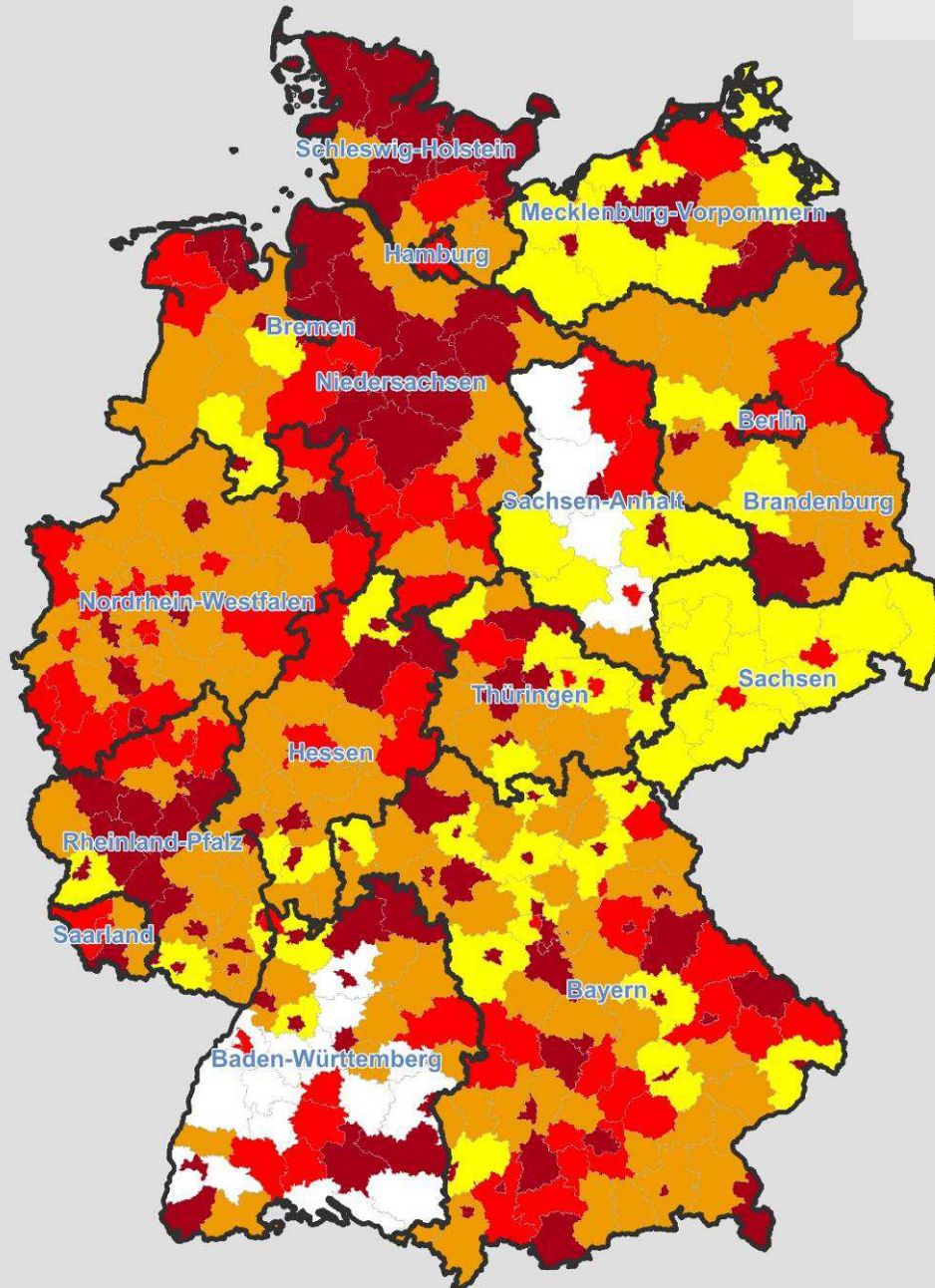
Geringfügig Beschäftigte
 je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter

Yellow	bis unter 7,5
Yellow-Orange	7,5 bis unter 10,0
Orange-Red	10,0 bis unter 12,5
Dark Red	12,5 und mehr

Karte 9
Prämienzahler der Privaten Krankenversicherung
in den Regionen Deutschlands (Selbstständige)



Karte 10
Prämienzahler der Privaten Krankenversicherung
in den Regionen Deutschlands (Beamte)

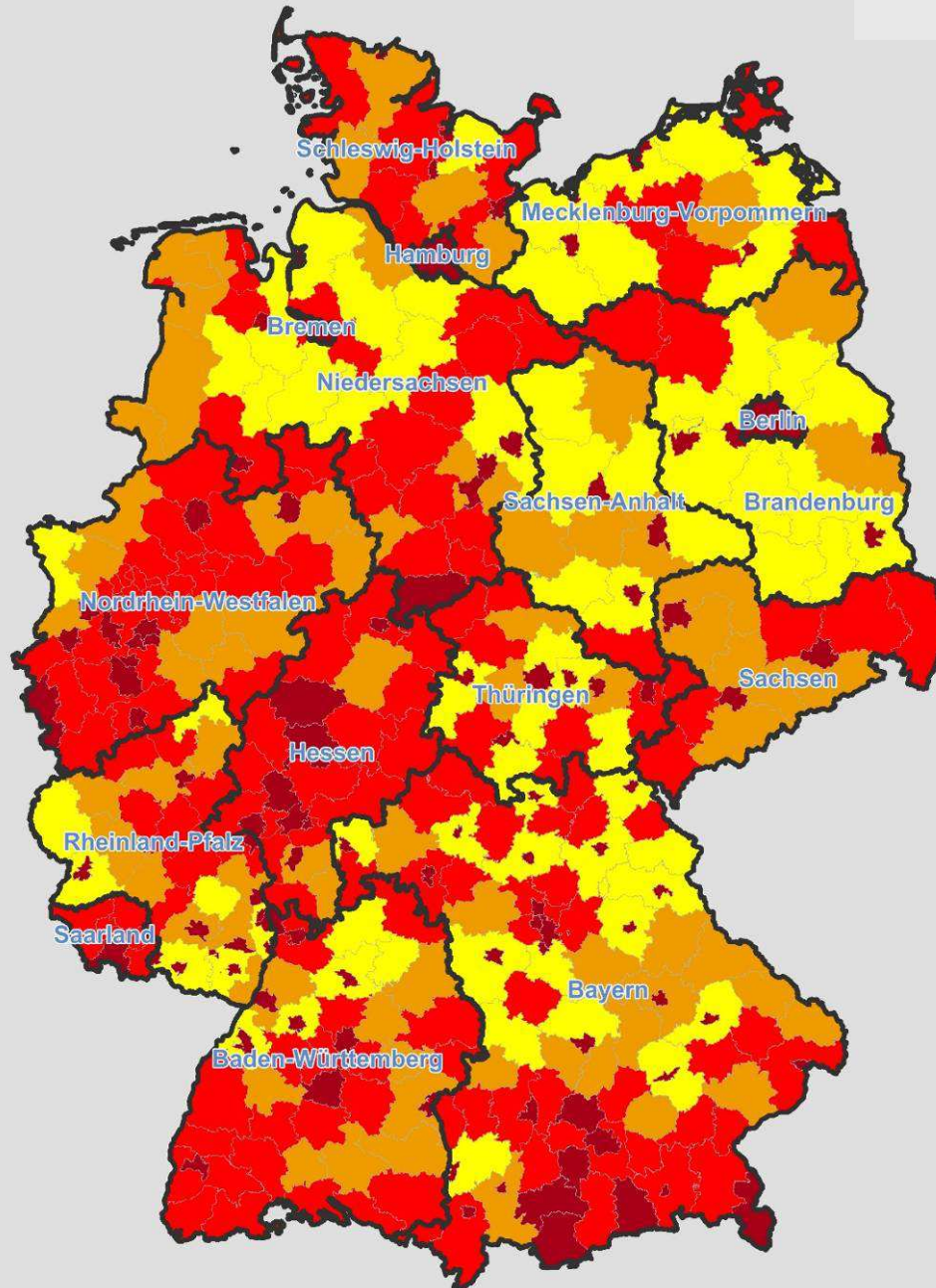


© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
 und Raumforschung im Bundesamt für
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2011.

Beamte, Soldaten und Richter
 je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter



Karte 11
Kassenärzte
in den Regionen Deutschlands

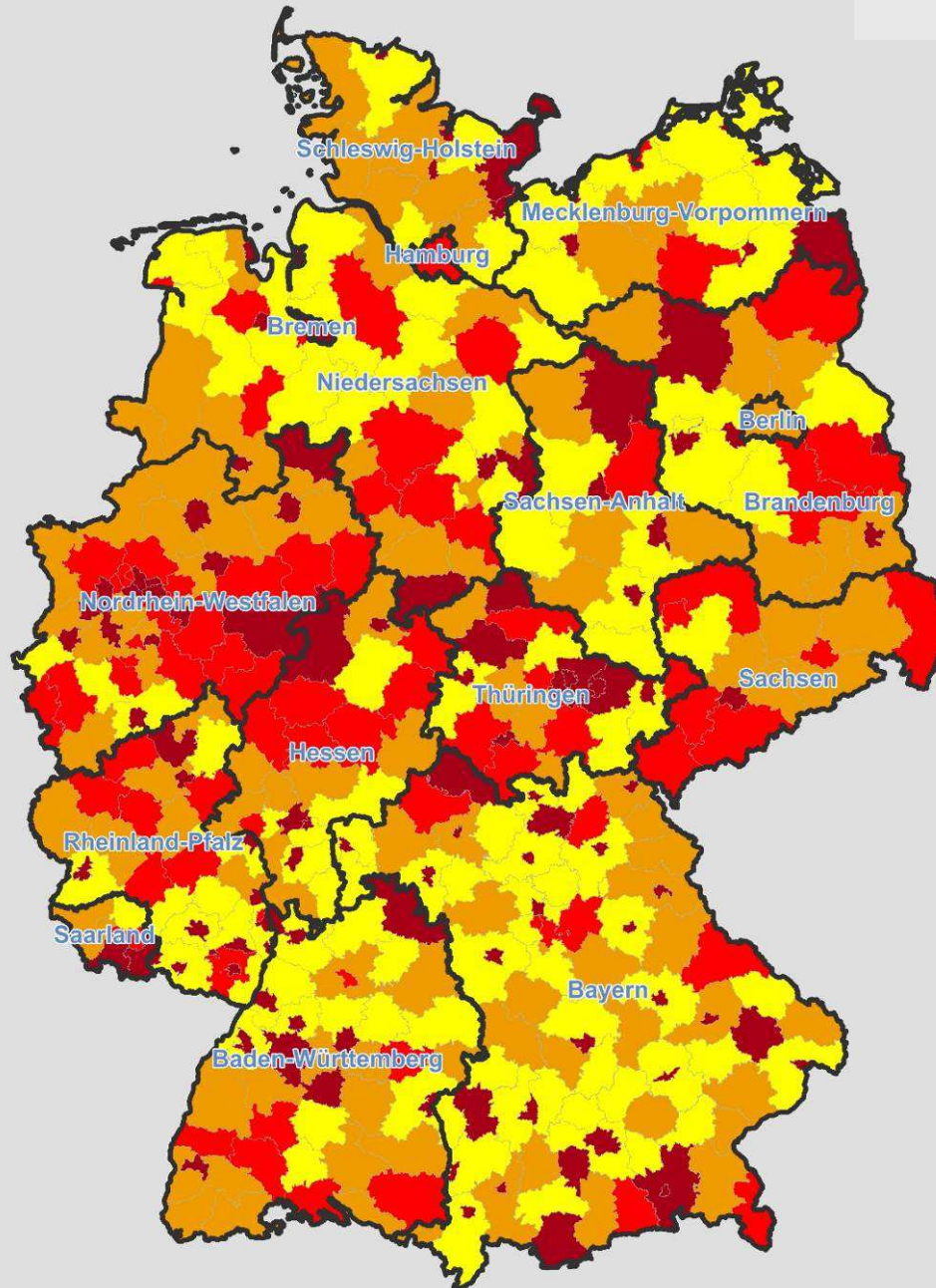


© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
 und Raumforschung im Bundesamt für
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Kassenärzte
 je 100.000 Einwohner

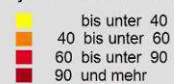
Yellow	bis unter 120
Orange	120 bis unter 130
Red	130 bis unter 180
Dark Red	180 und mehr

Karte 12 Krankenhausbetten in den Regionen Deutschlands

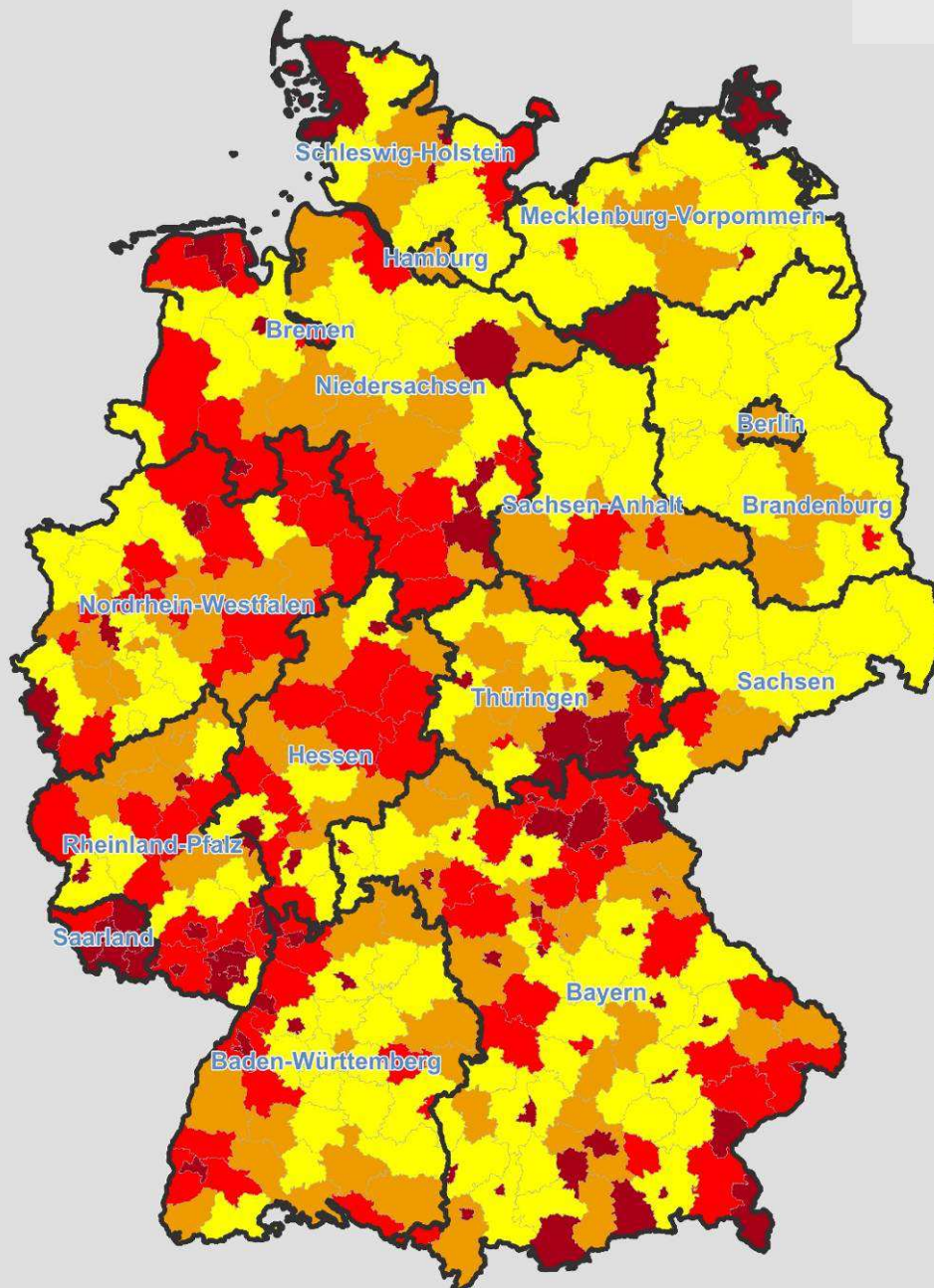


© Studiengruppe für Sozialforschung
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
und Raumforschung im Bundesamt für
Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Krankenhausbetten
je 10.000 Einwohner



Karte 13 Apotheken in den Regionen Deutschlands

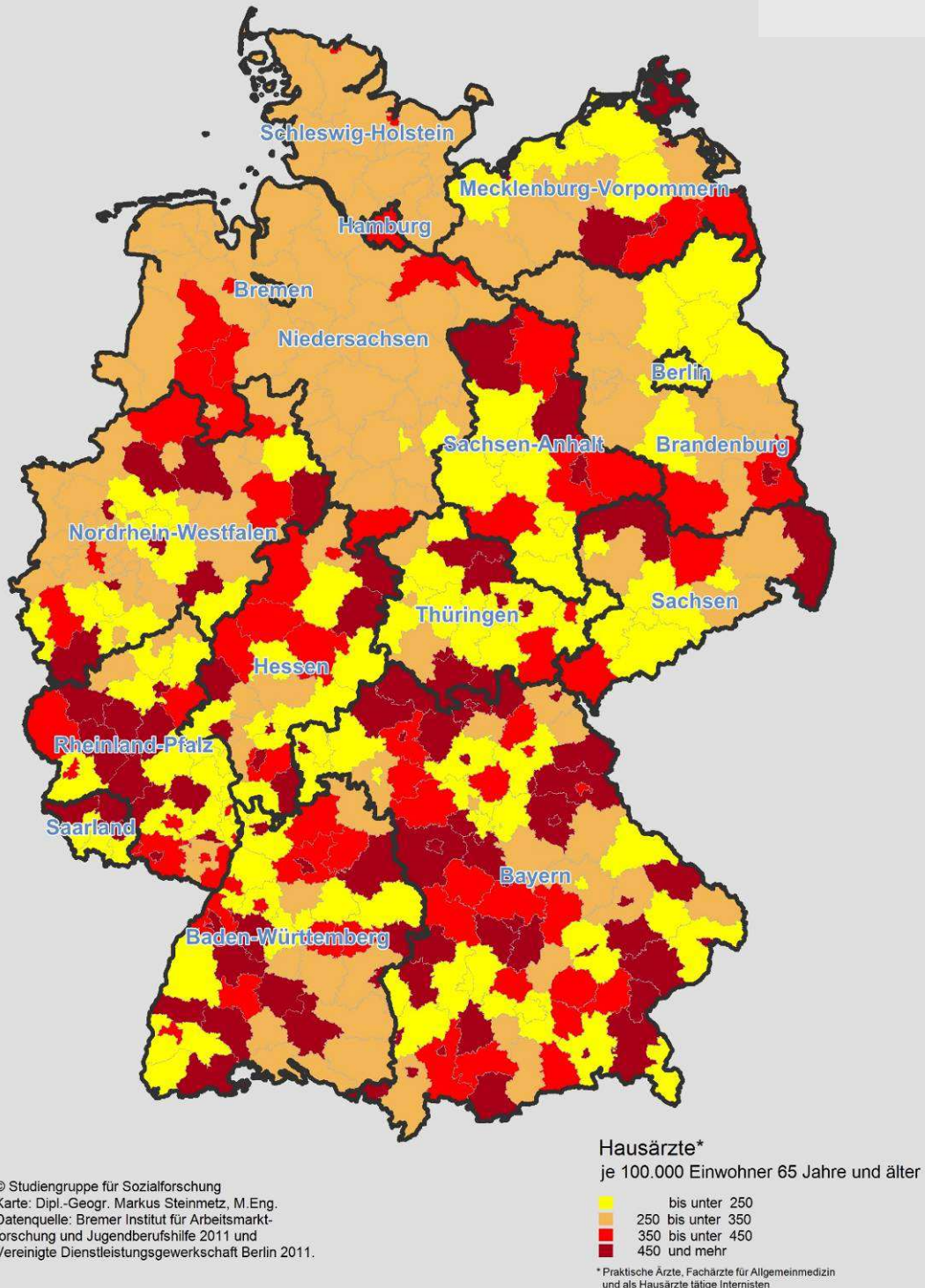


© Studiengruppe für Sozialforschung
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
Datenquellen: ABDA 2011,
Statistisches Bundesamt
Regionalstatistik 2011, Wiesbaden.

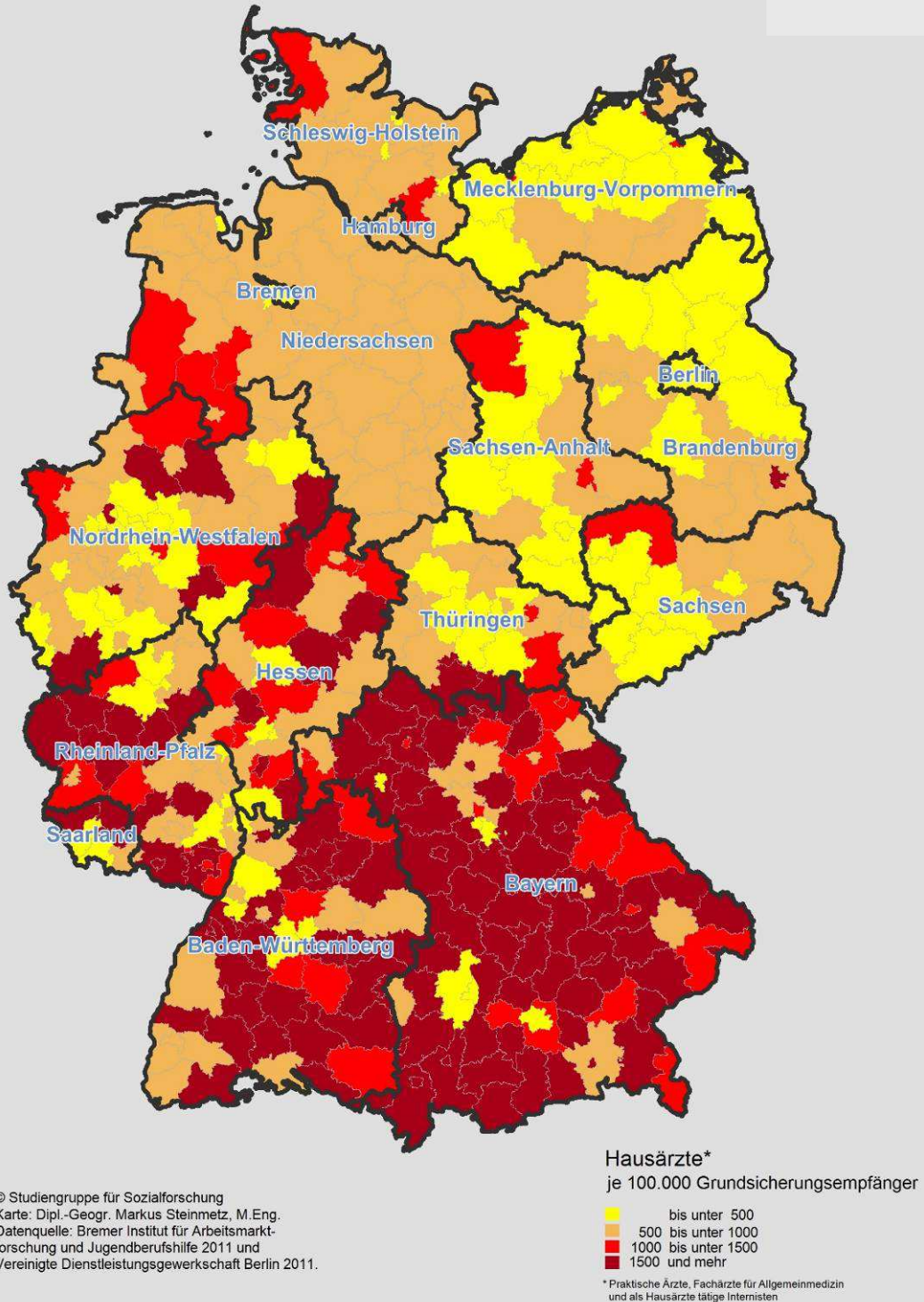
Apotheken
je 10.000 Einwohner

Yellow	bis unter 2,5
Light Orange	2,5 bis unter 2,7
Red	2,7 bis unter 3,0
Dark Red	3,0 und mehr

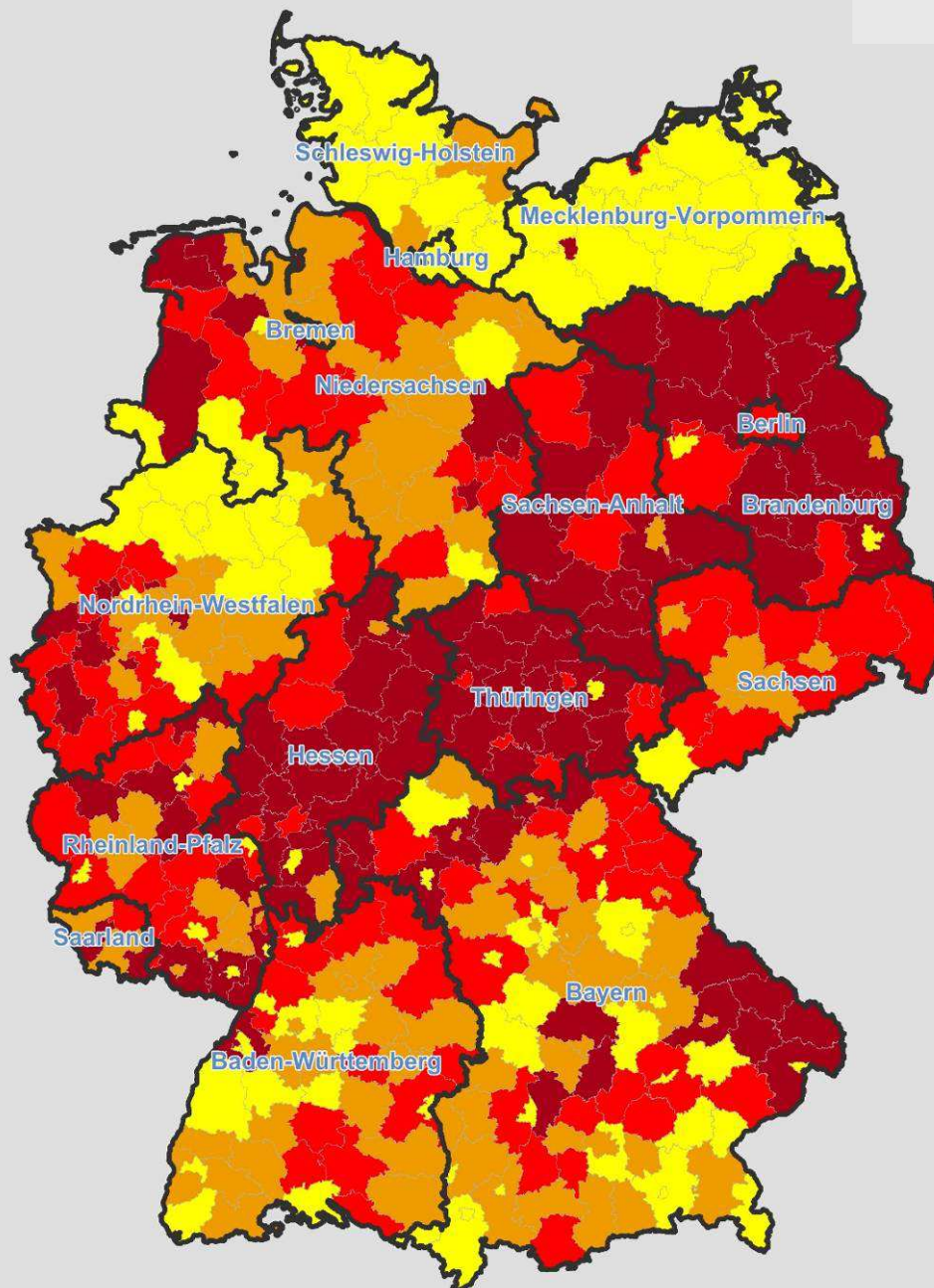
Karte 14 Hausarztversorgung der Älteren in den Regionen Deutschlands



Karte 15 Hausarztversorgung der Sozialschwächeren in den Regionen Deutschlands



Karte 16
Pflegesituation
in den Regionen Deutschlands

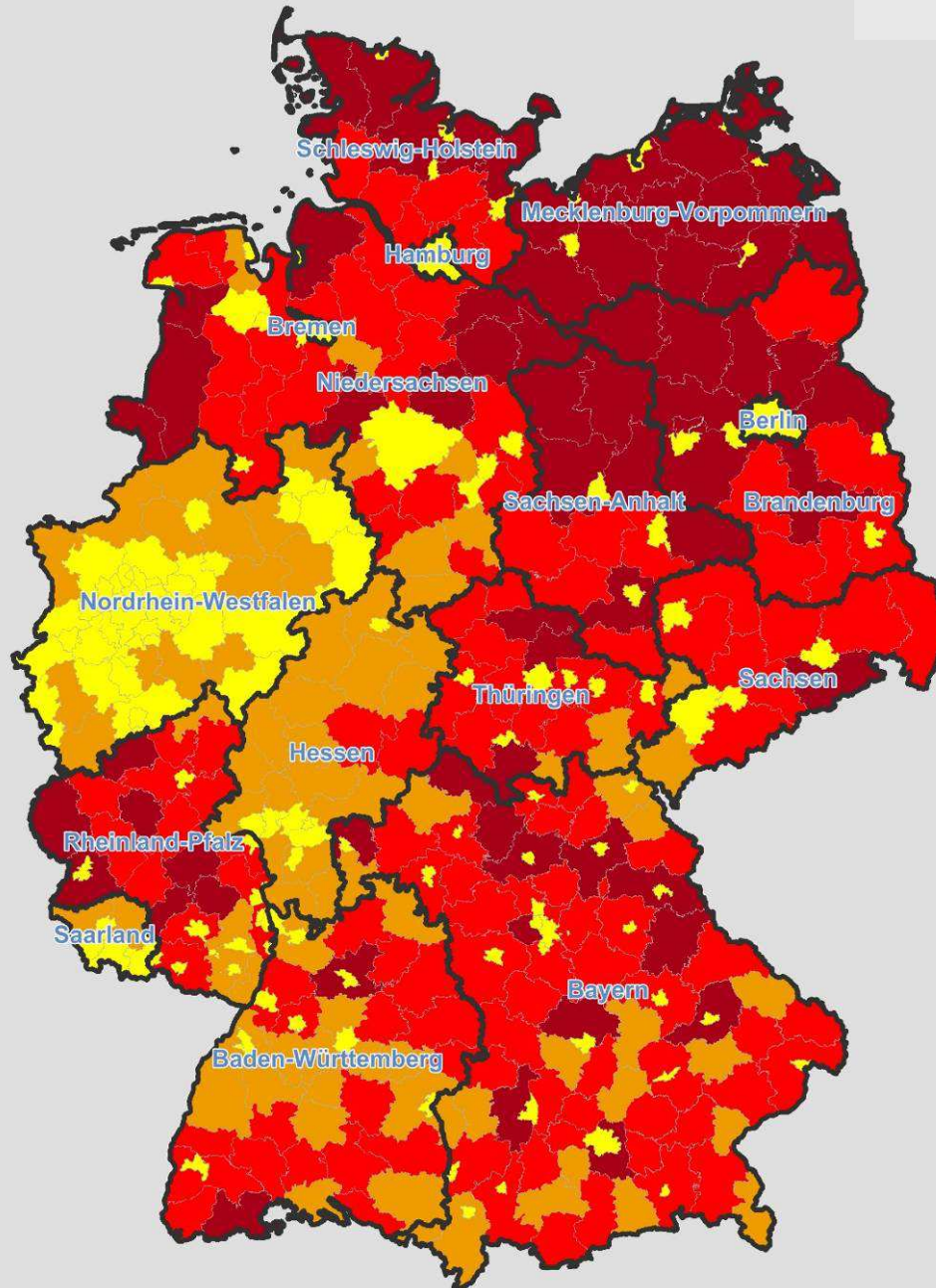


© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
 und Raumforschung im Bundesamt für
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2011.

Anzahl Pflegebedürftige
 je 1 Pflegebeschäftigter/en

- bis unter 2,3
- 2,3 bis unter 2,6
- 2,6 bis unter 3,0
- 3,0 und mehr

Karte 17
Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung
in den Regionen Deutschlands

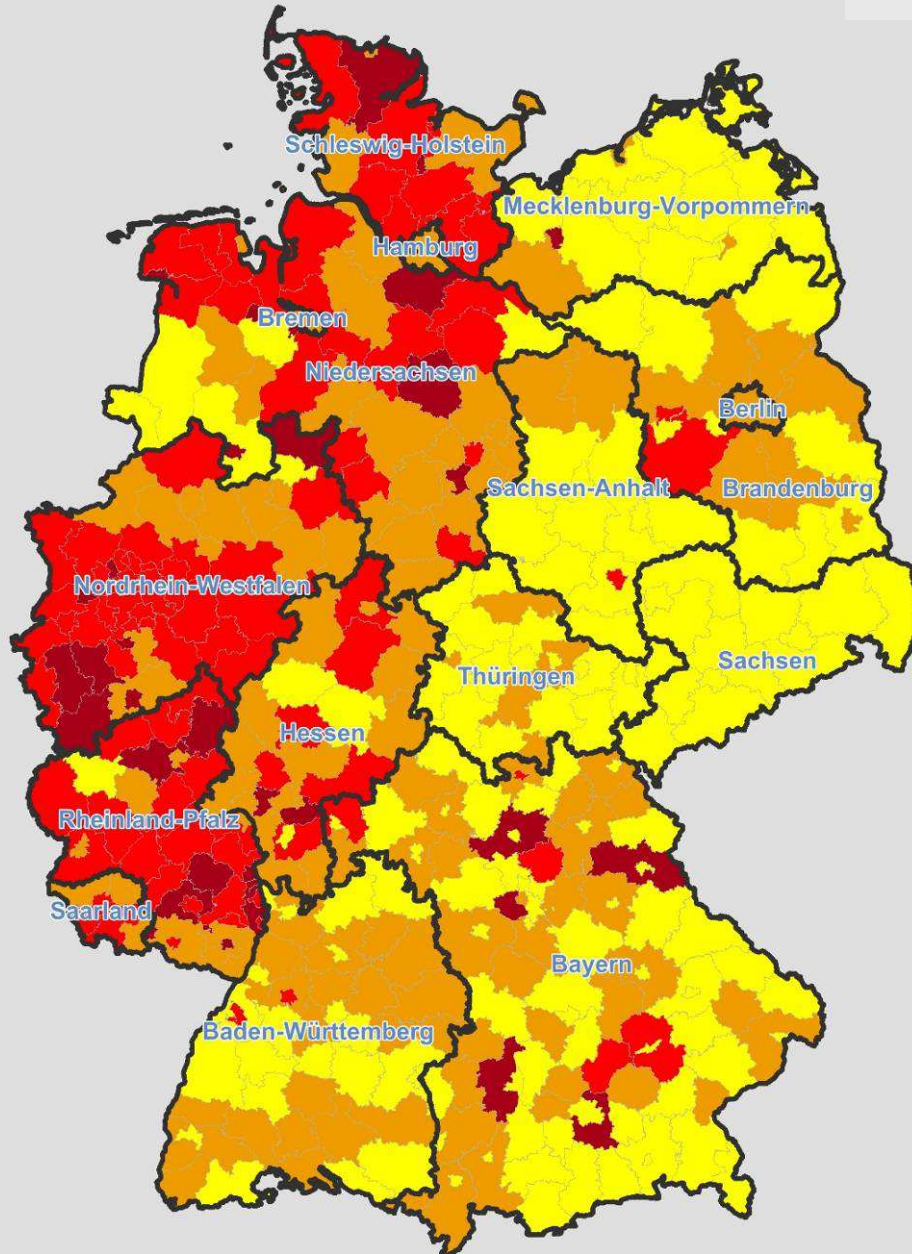


© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
 und Raumforschung im Bundesamt für
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2010.

Erreichbarkeit von Mittelzentren
 durch KFZ in Minuten

- bis unter 5
- 5 bis unter 10
- 10 bis unter 15
- 15 und mehr

Karte 18
Ehescheidungsaufkommen
in den Regionen Deutschlands



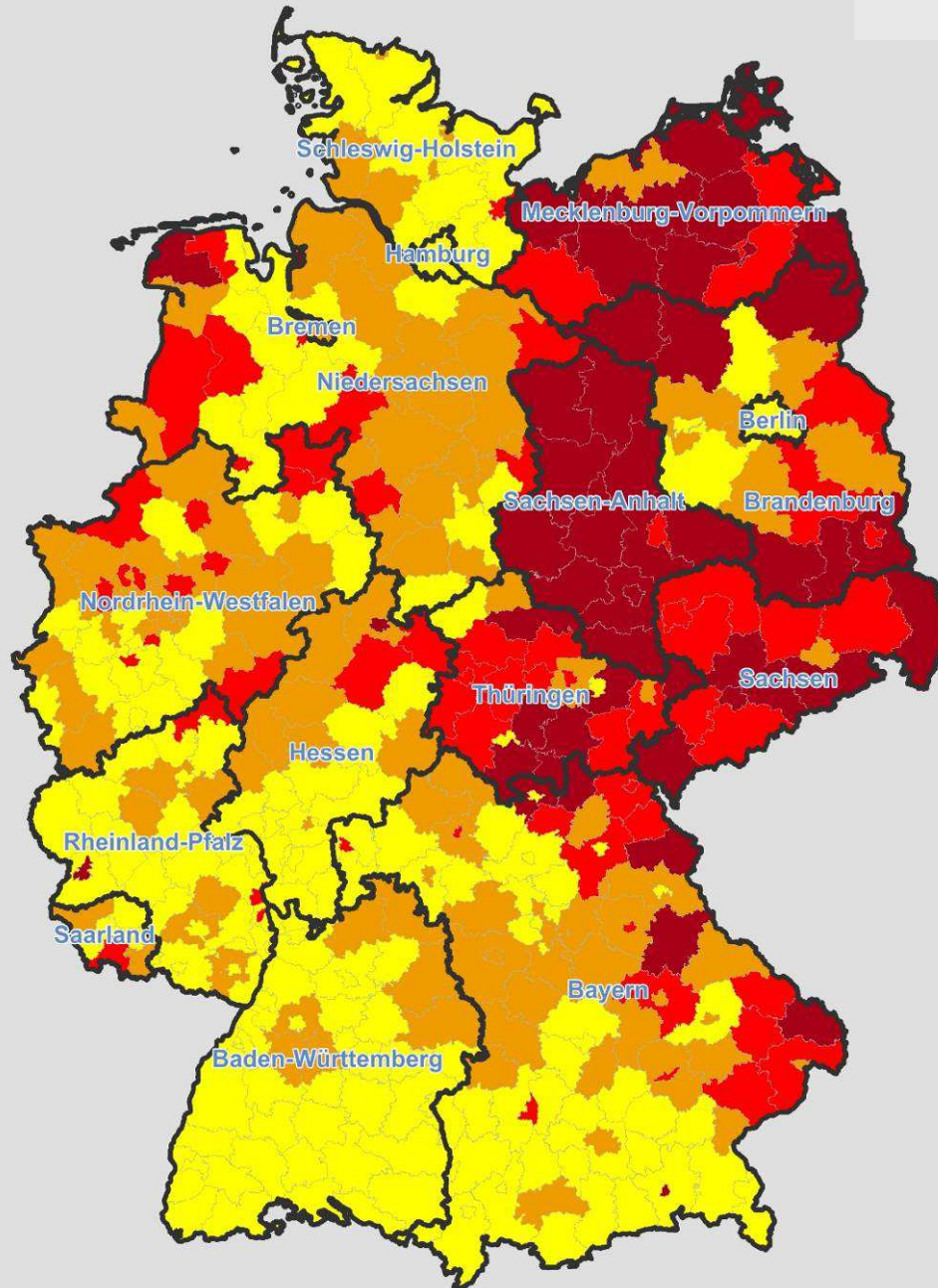
© Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
 und Raumforschung im Bundesamt für Bau-
 wesen und Raumordnung, Bonn 2012.

Ehescheidungshäufigkeiten
 je 1.000 Einwohner 18 Jahre und älter

In den Kreisen 2009

■	bis unter 2,5
■	2,5 bis unter 3,0
■	3,0 bis unter 3,5
■	3,5 und mehr

Karte 19
Männer-Vorsterblichkeit
in den Regionen Deutschlands

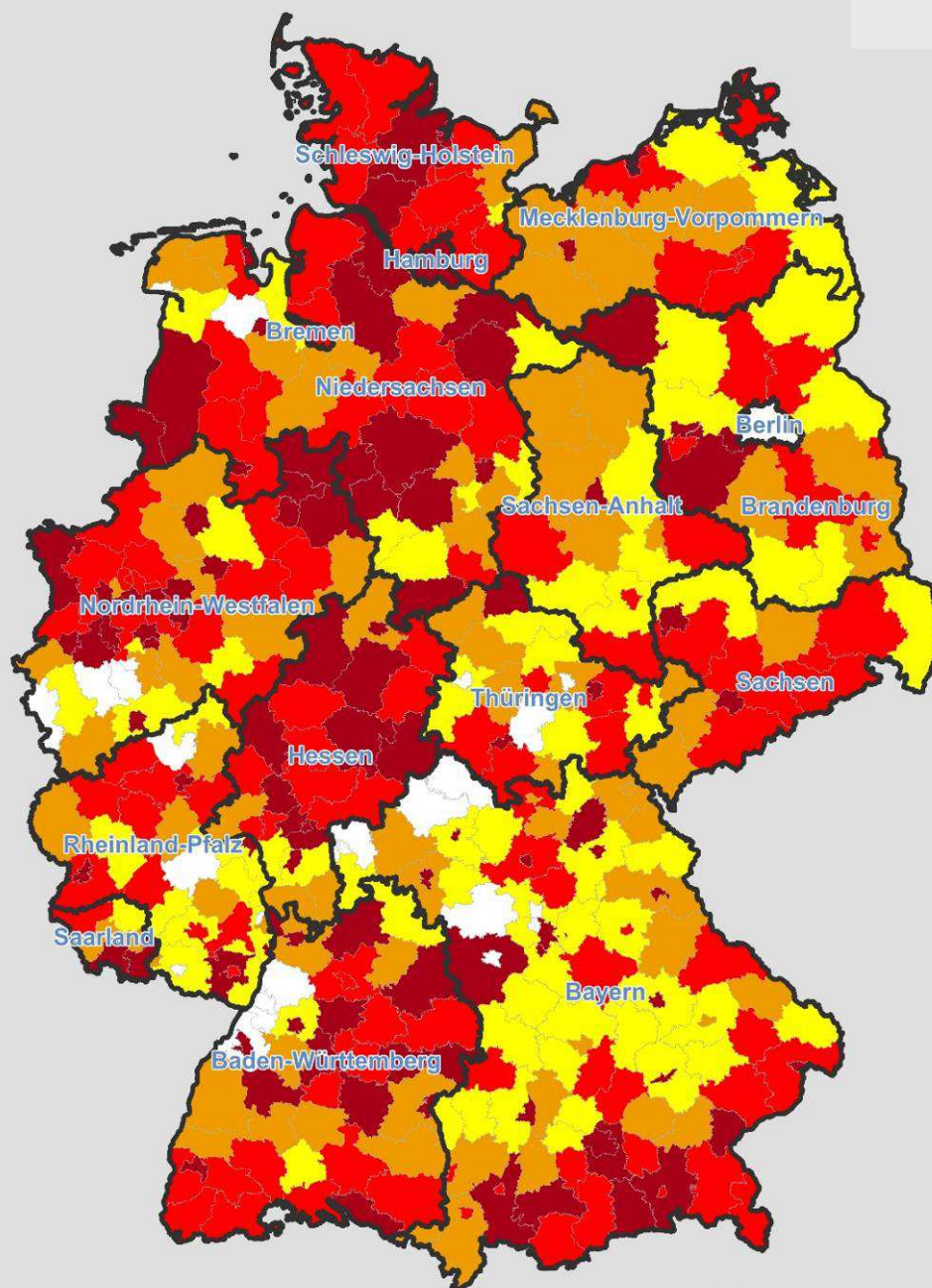


© Studiengruppe für Sozialforschung
 Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.
 Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-
 und Raumforschung im Bundesamt für
 Bauwesen und Raumordnung Bonn 2011.

Weniger-Lebenserwartung
 eines männlichen Neugeborenen in Jahren

- 3,5 bis unter 4,8
- 4,8 bis unter 5,4
- 5,4 bis unter 6,0
- 6,0 bis unter 9,0

Karte 20
Umsatzsteueraufkommen im Gesundheits- und Sozialwesen *
in den Regionen Deutschlands



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

Umsatzsteuer
 je Einwohner

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

* Einschliesslich
 Veterinärwesen

Anmerkungen

- 1) NN:Europa in der Schuldenunion. In: Europort social, Brüssel 11 / 2014, S. 14-16. Hrsg. Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung
- 2) Goeschel, Albrecht: Sozialtransfers als Ausgleich oder Verstärkung von Regionaldisparitäten. In: Sozialer Fortschritt, 11-1987, S.263-267
- 3) AOK-Bundesverband (Hrsg.): AOK und Raumordnung. Informationen zur regionalstrukturellen Einordnung der AOK, Bonn 1986
- 4) Goeschel, Albrecht: Sozialbudget als Funktionselement für Exportextremismus und Finanzkapitalismus. Erscheint im pad-Verlag Bergkamen im Dezember 2014.
- 5) Böhm, Angela: Der Alters-Atlas: Die Reichen leben länger. In: Abendzeitung, München, 18.5.2007
- 6) Martens, Rudolf: Unter unseren Verhältnissen... Der erste Armutsatlas für Regionen in Deutschland. Hrsg. Der Paritätische Gesamtverband, Berlin 2009
- 7) Goeschel, Albrecht ; Steinmetz, Markus: Kindergesundheits-Atlas für Deutschland: Regionale Zusammenhänge von Einkommensschwäche und Krankenhausbehandlung bei Kindern. Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale, Verona 2011
- 8) Steinmetz, Markus: Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheits-Atlas NRW. Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale, Verona 2013
- 9) Goeschel, Albrecht: Sozialpolitik als Instrument der Verarmung? Die Zerstörung des Europäischen Wohlfahrtsstaates in der Euro-Krise. In: Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Euro: Rettet eine Sozial-Union Europa ?, Düsseldorf 2012, S.11-38 und Martens, Rudolf: Armutsatlas Europa: Überlegungen zu einem europäischen Sozialdialog, ebda. S.109-120
- 10) Bloss, Karin: Die Bedeutung der Ausgaben und Einnahmen der Sozialversicherungssysteme für die Regionen in Deutschland. IAB-Forschungsbericht, Nürnberg 8-2006
- 11) Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.): Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, Gütersloh o.J.
- 12) Goeschel, Albrecht: Export-Terror gegen den Sozialstaat: Wirtschaftskonzept des politischen Systems zerstört Soziale Ordnung in Deutschland. In: Gesundheitspolitik-, management-, ökonomie, Frankfurt am Main 3-2007, S.69 - 72
- 13) Goeschel, Albrecht: Mehrwertsteuer-Lücke und Export-Meisterschaft: Gesamtwirtschaftliche und armutspolitische Anmerkungen zur Mehrwertsteuerdebatte. Gutachten mit Unterstützung von AWO Bayern e.V. Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein Juli 2009
- 14) Goeschel, Albrecht: Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung ? Untersuchung für den Bund der Steuerzahler in Bayern e.V. Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. ,Marquartstein Januar 2007
- 15) Goeschel, Albrecht: Privatisierung und Besteuerung des Gesundheitswesens: Qualitätsminderung der älterenbezogenen Versorgung am Beispiel der Krankenhauswirtschaft. In: Sozialverband VdK Bayern e.V. Hrsg.:

- Die demographische Täuschung: Bevölkerungswandel als Vorwand für eine Politik der Verarmung, München 2007, S. 113-13
- 16) Siebeck, Theo: Gliederung und Koordination: Kriterien für die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 1982
 - 17) Brunkhorst, Johann: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung – insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1987
 - 18) Zander, Thomas: „Wirtschaftlichkeit“ – Was braucht NRW: Soziale Krankenhäuser oder Gesundheits-Kaufhäuser ? Hrsg. Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf 2009
 - 19) Goeschel, Albrecht; Fette, Anke: Regionale Kassenstrukturplanung: Ein Konzept zur Regionalisierung der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Informationen zur Raumentwicklung. Hrsg. Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Bonn 2/3-1980, S. 129-142.
 - 20) Goeschel, Albrecht; Martens, Rudolf: Gesundheitsfonds macht Regionen arm: Anmerkungen zum Verhältnis von Gesundheitspolitik und Armutsrisiko. Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein Oktober 2008
 - 21) Goeschel, Albrecht: Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung: Umverteilungsvorgänge zu Lasten der ländlichen Räume. In: Der Landkreis, 8/9-1986, S.
 - 22) Goeschel, Albrecht: Zentralisierung oder Regionalisierung in der Krankenversicherung als Problem der Sozialordnungspolitik und der Raumordnungspolitik. In: Der Landkreis, 3-1988, S.111-115
 - 23) Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung. In: Die Ortskrankenkasse, 9/10-1987, S. 266-269
 - 24) Goeschel, Albrecht: Regionale Unterschiede in Gesundheitsbedarf und Wirtschaftskraft als Sachzwang für die Neuordnung der Krankenkassenlandschaft. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Mit weniger Kassen zu besseren Leistungen ?, München 2003, S.75 – 86
 - 25) Dabei kam es dann zu so absurden wie opportunistischen Gebilden wie dem einer AOK Rheinland und Hamburg
 - 26) Goeschel, Albrecht: Die geplante Bildung von Groß-AOKen in Niedersachsen aus der Sicht der Raumordnung und Landesplanung. In: Der Landkreis, 1-1991, S.21-27
 - 27) Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Zahlenentwicklung der Regionalkrankenkassen und der Kommunalkörperschaften in Deutschland 1980 – 2005. Arbeitsfolie für GenoPortal o.J.
 - 28) Zander, Thomas: Die Zukunft der gesetzlichen Rente – als Lohnbestandteil. In: Sozialverband VdK Landesverband Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Die Altersrenten kommen nicht aus dem Finanzkasino, Düsseldorf 2010, S.112-125, bes.S.119
 - 29) Busch, Ulrich; Land, Rainer: Ostdeutschland – Vom staatssozialistischen Fordismus in die Entwicklungsfalle einer Transferökonomie. In: Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland – Teilhabe im Umbruch, Wiesbaden 2012, S. 153-183, bes. S.167 ff.
 - 30) Bofinger, Peter: Wir sind besser als wir glauben – Wohlstand für alle. München 2005, S. 67 ff.
 - 31) Ebda., S. 69 ff.

- 32) **Goeschel, Albrecht: Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung: Umverteilungsvorgänge zu Lasten der ländlichen Räume, a.a.O.**
- 33) **Göpfahrt et al. (Hrsg.): Risikostrukturausgleich 2007 – Jahrbuch, St.Augustin 2007**
- 34) **Häussler et al.: Arzneimittel-Atlas 2008 - Der Arzneimittelverbrauch in der GKV, München 2008**
- 35) **Einzig dem Verfasser bekannte Ausnahme: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände: Apothekendichte 2009. Unveröffentlichte Kartographie, Berlin o.J.**
- 36) **Röpke, Thomas; Lenz, Manfred: Bedarfsplanung im Gesundheitswesen. In: Informationen zur Raumentwicklung. Hrsg. Bundesanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Bonn 3 / 4-1985, S. 245- 245**
- 37) **Höcker, Christian Tito: Das Märchen von der Überversorgung: Detaillierte Studie widerlegt KV-Aussagen zur Bedarfsdeckung. In: Der Hausarzt 1-2012, S. 20-22**
- 38) **Goeschel; Albrecht: Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik. Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 72. Hrsg. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 1979**
- 39) **Bruckenberg, Ernst: Öffnung des Krankenhauswesens für Kapitalinvestoren: Vor allem Kassenverbände und Bundesregierungen ebneten den Weg in die Privatisierung. In: Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Wirtschaftlichkeit“ – Was braucht NRW: Soziale Krankenhäuser oder Gesundheits-Kaufhäuser ?, Düsseldorf 2009, S.5-26, bes.S. 19**
- 40) **Watzlawczik, Uwe: Vertreibung aus der Fläche und Aufgabe der Selbständigkeit. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten ?, München 2001, S. 31- 48 und Goeschel, Albrecht: Krankenhäuser als Widerstandsnester: Innovative Produkte für die Region statt Gang an die Börse. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Reformangriff auf das Sozialmodell Deutschland: Wie sollen soziale Interessen in Zukunft durchgesetzt werden ?,München 2005, S. 49 - 58**
- 41) **Süddeutsche Zeitung, 9./10.11. 2013**
- 42) **Goeschel, Albrecht: Unterversorgung von Krankenhauspatienten und überflüssige Behandlungsangebote in Nordrhein-Westfalen. In: Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Wirtschaftlichkeit“, a.a.O., S. 27-44**
- 43) **Ebda., S.42**
- 44) **Augurtzky et al.: Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorüber. Hrsg. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen 2011**
- 45) **Zander, Thomas: Pflegeversicherung und Pflegeversorgung: Entsteht hier die gesundheitliche Grundversorgung der Zukunft ? In: Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Pflege-Armut“: Folge der Pflege-, Gesundheits- und Grundsicherungsreform?, Düsseldorf 2012, S.51-70**
- 46) **Goeschel, Albrecht; Steinmetz, Markus: Pflege-Atlas NRW. Hrsg. Sozial-VdK Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2012, S.17 und NN: Im Osten machen sich die Profis rar. In: Care konkret, 6.7.2007**
- 47) **Zander, Thomas: „Pflege-Armut“: Folge der Pflege-, Gesundheits- und Grundsicherungsreformen? Hrsg. Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2012**

- 48) Goeschel, Albrecht; Skubich, Klaus: **Mobilitätsarmut: Ghettoisierung der Überflüssigen.** In: Das Blättchen, Internetmagazin, 18.8.2014
- 49) Kunert, Uwe; Link, Heike: **Verkehrsinfrastruktur: Substanzerhaltung erfordert deutlich höhere Investitionen.** In: DIW-Wochenbericht, Berlin 26-2013, S.32-38
- 50) Goeschel, Albrecht: **Für eine Lebenslagen-Medizin: Die Sozialwirtschaft und die Priorisierungsdebatte.** In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 6-2009, S. 203-207
- 51) Schill et al. (Hrsg.): **Männermedizin in der allgemeinmedizinischen und internistischen Praxis,** München 2005
- 52) Wichmann, Caroline: **Akademien präsentieren Stellungnahme zur Individualisierten Medizin.** In: idw-online.de/de/news/s615262 vom 26.11.2014
- 53) Goeschel, Albrecht: **Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für die Männer in den Regionen Deutschlands: Überlegungen zu einer Präventionsstrategie.** In: Blickpunkt – Der Mann, 1-2007, S.29-37
- 54) Steinmetz, Markus: **Scheidungs-Atlas für Deutschland.** In: Papa-ya, 7-2013, S.14-15
- 55) Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): **Ältere Männer in Europa: Eine medizinisch und sozial übergangene Minderheit,** München 2000
- 56) Watzlawczik, Gerd-Uwe: **Unterschiede in der Gesundheitslage der Männer in den Ländern Europas.** In: Sozialverband VdK Bayern(Hrsg.): **Ältere Männer in Europa, a.a.O., S. 11-33**
- 57) Goeschel, Albrecht: **Wirtschaftskrise und Beziehungskrise.** In: Papa-ya, 2-2013, S.13-15
- 58) Goeschel, Albrecht; Bollmann, Markus: **Zentren für Männergesundheit: Versorgungsform zur Schließung der „Marktlücke“ Männerbehandlung.** In: Blickpunkt – Der Mann, 2-2007, S.31-36
- 59) Goeschel, Albrecht: **Politisches Gesundsparen kann die Gesundheitswirtschaft ruinieren.** In: Ärzte-Zeitung, 26.1.1983
- 60) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): **Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche Bd. I und II,** Baden-Baden 1996 und 1997/98
- 61) Goeschel, Albrecht: **Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung.** In: Der Steuerzahler (Bayernausgabe), Februar 2007, S.3-4

Atlanten Markus Steinmetz

Der große Krebsatlas

Kartographie zur Krankenhaushäufigkeit
wegen Neubildungen in Bayern
TZ – Tageszeitung München
München, 13.4.2007

Der Alters-Atlas

Kartographie zur Frühsterblichkeit
der Männer in Bayern
AZ – Abendzeitung München
München, 18.5.2007

Krankenhaus-Atlas für Nordrhein-Westfalen

Zusammen mit Albrecht Goeschel
Hrsg. Sozialverband VdK Landesverband
Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf 2009

Arbeits-Atlas für Nordrhein-Westfalen

Zusammen mit Albrecht Goeschel
Hrsg. Sozialverband VdK Landesverband
Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf 2010

Kindergesundheits-Atlas für Deutschland

Regionale Zusammenhänge von Einkommensarmut
und Krankenhausbehandlung bei Kindern
Zusammen mit Albrecht Goeschel
Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Verona 2011

Hausärzte-Atlas für Deutschland

Zusammen mit Albrecht Goeschel
Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Verona 2011

Hausärzte-Atlas für Nordrhein-Westfalen

Zusammen mit Albrecht Goeschel und Eberhard Mehl

Im Auftrag des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.
Köln 2011

Hausärzte-Atlas für Bayern

Zusammen mit Albrecht Goeschel
Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung
Marquartstein 2011

Pflegeärzte-Atlas für Bayern

Zusammen mit Albrecht Goeschel
Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung
Marquartstein 2011

Pflege-Atlas für Nordrhein-Westfalen

Zusammen mit Albrecht Goeschel
Hrsg. Sozialverband VdK Landesverband
Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf 2012

Europa-Atlas für Nordrhein-Westfalen

Zusammen mit Albrecht Goeschel
Hrsg. Sozialverband VdK Landesverband
Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf 2012

Atlas: Gesundheitliche Lage der Männer und der Frauen in Italien

Zusammen mit Dirk Richter
Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Verona 2013

Scheidungs-Atlas für Deutschland

Magazin Papa-Ya
Saabrücken 7-2013

Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheits-Atlas für Nordrhein-Westfalen

Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Verona 2013

Atlas Logistik und Gesundheit

Zusammen mit Albrecht Goeschel und Rudolf Martens

Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale

Verona 2013

