

**ACCADEMIA ED ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE  
VERONA**

**PALAZZO ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI – STUDIO GERMA  
CORSO PORTA NUOVA 11 – I – 37122 VERONA**

**Albrecht Goeschel, Rudolf Martens**

**Sozialstaat als Krisenkanal:  
Gesundheitsfonds, Kassenkonzerne, Klinikdefizit  
und die  
Austerity-Effekte in den Regionen**

**März 2015**

**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 e.V. – Korrespondenzbüro  
D – 83247 Marquartstein  
Postfach 1127**

**Alle Rechte bei:**  
**Prof. Albrecht Goeschel  
Dr. Rudolf Martens**

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Die Zerstörung der nationalen Sozialordnungen und der europäischen Raumordnung durch die autoritär-neoliberale Krisenpolitik</b>	<b>4</b>
<b>2. Raumordnung und Sozialsicherung: Mobilisierung und Formierung der Ware Arbeitskraft</b>	<b>5</b>
<b>3. EU-Spardiktat: Schock für die Transfers in die Regionen</b>	<b>6</b>
<b>4. Sozialbudget: Funktionselement von Exportexzess und Finanzkapitalismus</b>	<b>7</b>
<b>5. Mögliche Wirkungen des Sozialbudgets als Krisenkanal in die Regionen</b>	<b>8</b>
<b>6. Gesetzliche Krankenversicherung als Instrument der Senkung der Lohnquote regional und pauschal</b>	<b>9</b>
<b>6.1. Gesundheitsfonds: Umverteilung von den schwächeren zu den stärkeren Regionen</b>	<b>9</b>
<b>6.2. Kassenkonzerne: Umverteilung von den Löhnen zu den Gewinnen</b>	<b>11</b>
<b>6.3. Voraussetzung: Zerschlagung der autonomen und regionalen sozialen Krankenkassen</b>	<b>11</b>
<b>7. Krankenhausversorgung: Prekärer Sektor der Gesundheitsversorgung</b>	<b>12</b>
<b>8. Krankenhäuser: Einfallstore für die EU-Austerity-Strategie und den TISA-Kapitalismus in die Regionen</b>	<b>13</b>
<b>Literatur</b>	<b>15</b>

## **Sozialstaat als Krisenkanal: Gesundheitsfonds, Kassenkonzerne, Klinikdefizit und die Austerity-Effekte in den Regionen**

### **1. Die Zerstörung der nationalen Sozialordnungen und der europäischen Raumordnung durch die autoritär-neoliberale Krisenpolitik**

In den sieben Jahren der internationalen und der europäischen Finanz-, Budget- und Realkrise hat sich eine in der Öffentlichkeit in ihrer Dramatik noch immer nicht erfasste Transformation des Kapitalismus vor allem auch politisch-ökonomisch vollzogen. Der vormalige wohlfahrtsstaatlich-keynesianische Teilhabe-Kapitalismus ist in einen autoritär-neoliberalen Ausgrenzungskapitalismus umgewandelt worden. Gleichzeitig ist der „milde“ Imperialismus der EU einem „scharfen“ Imperialismus mit hochriskanten militärischen Optionen gewichen. Der augenblicklich verhandelte USA-EU-Geheimvertrag wird einen weitreichenden Abbau der noch vorhandenen Reste von Gemeinwirtschaft oder wenigstens öffentlicher Wirtschaftskontrolle bewirken.

Zum Grundbestand der Vor-Krisen-EU hat ein Neben- und Miteinander nationaler Sozialordnungen und nationaler, vor allem aber auch europäischer Raumordnung(en) gehört. Dem Sozialmodell Europas, so unscharf und widersprüchlich es war, hat eine polyzentrisch-pluralistische Raumstruktur entsprochen. Die vielgestaltigen nationalen Sozialordnungen erlaubten vor allem eine optimale Bewirtschaftung der nationalen Arbeitsbevölkerungen und waren nach dem Wegfall von Wechselkurspolitiken das Hauptmittel der Konkurrenz zwischen den Volkswirtschaften. Die polyzentrische Raumordnung erlaubte eine breite und tiefe Erschließung der natürlichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Ressourcen und deren am Vorteilsgewinn orientierten Austausch.

Die Öffentlichkeit muss sowohl Mario Draghi (Europäische Zentralbank) wie auch Michael Hüther (Institut der Deutschen Wirtschaft) für ihre schon frühzeitig getroffenen Klarstellungen zum europäischen Sozialmodell und zum europäischen Polyzentrismus dankbar sein: Nach Draghi und Hüther seien beide Leitbilder erledigt. So wie die nationalen Sozialordnungen den Handel mit der Ware Arbeitskraft eingehegt haben, so hat die europäische Raumordnung den Handel mit Standorten der Wirtschaft eingehegt. Mit der Forderung nach „Strukturreformen“ einerseits und nach „Zentrum und Peripherie“ andererseits soll eine weitere Verbilligung der Ware Arbeitskraft auch durch Abkehr von der Flächendeckung bei den Arbeitsplätzen und in der Daseinsvorsorge erreicht werden.

Die typische Kritik, soweit sie sich auf die nationalen und subnationalen Bühnen dieser Neuausrichtungen bezieht, kreist im Bereich der Sozialordnung um das Konzept „Sozialabbau“. Im Bereich der Raumordnung hat sie noch keinen klaren Fokus: Die Kritikthemen reichen von Augenfälligkeiten wie dem Verfall

der Infrastruktur oder dem Wohnraummangel in bestimmten Großstädten und Wachstumsregionen bis zu Forderungen nach Rekommunalisierung der Versorgungswirtschaft. Konsistent modelliert sind die Zusammenhänge von Krise und Raumordnung bislang jedenfalls nicht.

## **2. Raumordnung und Sozialsicherung: Mobilisierung und Formierung der Ware Arbeitskraft**

Will man die Zusammenhänge von Raumordnung und Krise systematisch aufklären, muss man zunächst die Rolle der Raumordnung für die Krisenentstehung erhellen um dann daraus die Rückwirkungen der Krise auf die Raumordnung verdeutlichen zu können. Unzweifelhaft war es in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg die wesentlichste Aufgabe der nationalen Raumordnungspolitik, das Wirtschaftswachstum, sprich: Die kapitalistische Erzeugung von Mehrwert durch Handel mit Arbeitszeit durch die Mobilisierung der handwerklich-landwirtschaftlichen Bevölkerungen für den industriellen Arbeitsmarkt zu bewerkstelligen. Gleichzeitig sollte damit der inländische Markt für Industrieerzeugnisse erweitert werden. Dabei konnte dies wegen der bestehenden weltpolitischen Konfrontation zwischen Neokapitalismus und Realsozialismus bevorzugt nur durch „Incentives“, nicht jedoch durch „Pressure“ erfolgen. Das Konzept flächendeckender Daseinsvorsorge in einem gestuften System Zentraler Orte erfüllte genau diese Funktion. Einerseits erleichterte es die notwendige Qualifikationsanpassung der zusätzlichen Erwerbsbevölkerung nebst Umkonditionierung des Konsumverhaltens. Andererseits ermöglichte es die angestrebte Lohndämpfung durch die verbesserte Bereitstellung öffentlicher Einrichtungen und öffentlicher Dienste als Lohnsurrogat. Im Kern war die „Mobilisierung“ von Arbeitskraftpotentialen durch Raumordnung dabei „Baurecht“.

Das andere Phänomen dieser Jahrzehnte war der stetige Ausbau des sogenannten „Normalarbeitsverhältnisses“, d.h. arbeitslebenlanger sozial gesicherter Vollerwerbstätigkeit als Kern der Sozialordnung und im Wesentlichen über das „Arbeitsrecht“ und das „Sozialrecht“. An zentraler Stelle stand dabei die Rentenreform der 1960er Jahre, die Renten zu Alters-Löhnen machte und natürlich über die steigenden Neben-Löhne, d.h. Beiträge zunächst das Lohnniveau erhöhte. Entscheidender aber war die Einbindung der Organisationen der Arbeitskraft in eine „Sozialpartnerschaft“ mit den Organisationen der Kapitalseite: Eben die rechtliche und politische „Formierung“ der Ware Arbeitskraft.

Wie sehr sich die Verhältnisse in den zurückliegenden Jahrzehnten verändert und verschärft haben, kann man sowohl in der Raumordnung wie in der Sozialordnung ablesen. An die Stelle des mit Entwicklungs- und Förderprogrammen vielfältigster Art umworbene „Nebenerwerbs“-Landwirts ist heute der „Aufstocker“-Niedriglöhner getreten, dem mit dem SGB II auch der Zwang zum Umzug in abgehangene Quartiere droht. „Incentives“ sind durch „Pressure“ ersetzt. Und die Renten-„Reformen“ der letzten beiden Jahrzehnte waren nichts anderes als Lohnsenkungen auf dem Umweg über die Neben-Löhne.

Wie weitreichend sich Raumordnung und Sozialsicherung wechselseitig durchdringen, kann exemplarisch im Falle des Anschlusses der DDR an die

BRD gezeigt werden: Nach erfolgreicher Destruktion der realsozialistischen Gemeinwirtschaft bei gleichzeitiger Übernahme der neokapitalistischen Sozialversicherungseinrichtungen wurde das neu hinzugewonnene Gebiet zu einem zusätzlichen Absatzmarkt und Wachstumsschub für die Großwirtschaft der BRD. Die dafür notwendige Kaufkraft wurde durch die Sozialtransfereinkommen der stillgelegten Arbeitskräfte der vormaligen ostdeutschen Wirtschaft, soweit diese nicht auf westdeutsche Arbeitsplätze abgewandert waren, geschaffen. Nachdem dieser hohe Transferbedarf allerdings zu Beitrags-, d.h. Neben-Lohnsteigerungen vor allem für die Wirtschaft des vormaligen BRD-Gebietes führte, wichen die dortigen Unternehmen, aber auch die Unternehmen, in immer stärkerer Masse in Minijobs und andere Prekärarbeit einschließlich Scheinselbständigkeit aus, die kaum oder gar nicht mit Sozialbeiträgen belegt waren. Das Ergebnis ist heute ein zweigeteilter Arbeitsmarkt in Gesamtdeutschland, bei dem räumlich Minijobs etc. in den alten Bundesländern, d.h. in West- und Süddeutschland sehr viel stärker vertreten sind als in den neuen Bundesländern, d.h. in Ostdeutschland – mit ihrem allerdings auch niedrigeren Lohnniveau. Ihrerseits sind die alten Bundesländer sozial geteilt in Gebiete mit „Niedriglöhnerprägung“ und in Gebiete mit „Besserverdienerprägung“ ,während die neuen Bundesländer in hohem Masse durch „Langzeitarbeitslose“ und „Rentenempfänger“ geprägt sind.

### **3. EU – Spardiktat: Schock für die Transfers in die Regionen**

Das gesamte Transfersystem in Deutschland, also sowohl die aus Steuern wie die aus Beiträgen finanzierten Transfers haben sowohl explizite räumliche Aufgabenstellungen wie auch implizite räumliche Wirkungsweisen. So sollen der Länderfinanzausgleich, der Solidarpakt und auch die Umsatzsteuerverteilung vor allem dem Leistungsfähigkeitsausgleich zwischen den Ländern und in diesen auch zwischen den Gemeinden dienen. Dem gegenüber sind die Sozialversicherungen und die Sozialhilfe dem Einkommensersatz und Einkommensausgleich bei Einzelpersonen oder Bedarfsgemeinschaften gewidmet. Durch die räumlich unterschiedliche Dichte der Bezugsberechtigten von Sozialtransfers kommt es gleichwohl zu ganz erheblichen Verstärkungen oder Abschwächungen schon bestehender Disparitäten zwischen den Teilgebieten und Siedlungsräumen in Deutschland. Dabei sind letztlich die impliziten Raumwirkungen der Beitragstransfers von sehr viel größerem Gewicht als die expliziten Raumaufgaben der Steuertransfers: Das Sozialbudget umfasst derzeit etwa 800 Milliarden Euro, der Länderfinanzausgleich bewegt derzeit ca. 8 Milliarden Euro.

Gegenwärtig bereitet sich im Bereich der explizit räumlichen und der implizit räumlichen Transfers eine Krisen-Folgesituation vor, deren Ausgang noch gar nicht abzusehen ist: Einerseits stehen umfassende Neuordnungen des Länderfinanzausgleichs, des Solidarpaktes und der Umsatzsteuerverteilung an. Allein schon im Bereich des Länderfinanzausgleichs haben die leistungsstarken Bundesländer Bayern und Hessen ihre Solidarität aufgekündigt. Sofern sich aus solchen landespolitischen oder etwa aus gesamtwirtschaftlichen Gründen die Finanzlage von transferbedürftigen Bundesländern verschlechtert, können diese aber auch wegen der deutschen Schuldenbremse und wegen des europäischen Fiskalpakts nicht über eine verstärkte Kreditaufnahme ihre Lage verbessern.

Diese Problemzuspitzung wäre vielleicht noch überschaubar: Es kommt aber ein noch viel gravierender Faktor hinzu: Die im Zuge der Kriseninstrumentalisierung unter Führung des deutschen Machtkartells, aber auch mit Unterstützung der Eliten der übrigen EU-Länder durchgesetzte Austerity-Politik hat unter der Überschrift von „Strukturreformen“ die nationalen Sozialsicherungssysteme, insbesondere die Alterssicherungssysteme und die Gesundheitssysteme zu Aktionsfeldern massivster Leistungskürzungen umfunktioniert. Die vormalige Methode der „Offenen Koordinierung“ zwischen den Einzelstaaten ist durch ein „Einheitliches Spardiktat“ ersetzt worden. Da der europäische Fiskalpakt im Unterschied zur deutschen Schuldenbremse auch für die Sozialversicherungen gilt, ist aus dem Bereich der Sozialsicherungssysteme mit ihrem enormen Volumen und ihren impliziten Raumwirkungen mit regional extrem schwierigen Situationen zu rechnen.

Eine regelrechte dann auch gesamtwirtschaftliche Abwärtsspirale droht, wenn bei weiterer Verschlechterung der Lebensbedingungen etwa in den neuen Bundesländern auf Grund der beschriebenen Entwicklungen eine erneute Übersiedlungswelle in die alten, vor allem die südlichen Bundesländer in Gang kommt. Nicht nur nehmen die Übersiedelnden die Ausbildungsinvestitionen aus den neuen Bundesländer in die alten Bundesländer mit – entschädigungslos. Sie üben in den alten Bundesländern durch Erhöhung des Angebotes qualifizierter Arbeitskräfte auch Druck auf Lohnbereiche aus, die noch nicht durch Minijobs und Prekärarbeit bereits geschwächt sind.

#### **4. Sozialbudget: Funktionselement von Exportexzess und Finanzkapitalismus**

Von der Größenordnung her erscheint es notwendig, vorrangig das Sozialbudget mit seinen impliziten Raumwirkungen als Kanal für die Regionaleffekte der Finanz-, Real- und Budgetkrise, besser gesagt: der mit der Krise legitimierten Austerity-Politik zu untersuchen. Hierzu ist es notwendig, zunächst die Funktion des Sozialbudgets im „Geschäftsmodell Deutschland“ überhaupt darzustellen.

Wenn man die überreichliche Literatur zum „Sozialstaat“ überblickt, gibt es nur einige wenige Diskussionsstränge und einige wenige Autor(inn)en, die über das individualisierende, juristische, normen- und pro- und kontrafakten orientierte, bevorzugt panel- und indikatorenhuberisch orientierte Paradigma der Sozialstaatsdiskussion hinausgehen. Fast ausschließlich wird der kapitalistische Sozialstaat gegen die kapitalistische Krise in Schutz genommen. Im Unterschied dazu wird hier der kapitalistische Sozialstaat als Mitschuldiger der kapitalistischen Krise angezeigt. Es ist zwar richtig und es ist zwar merklich, dass die einzelnen Sozialleistungen in Geld oder in Diensten gekürzt und verschlechtert werden – aber der Sozialstaat selbst, das Sozialbudget als solches wird gerade nicht verringert oder verkleinert, sondern sogar noch ausgebaut und erhöht.

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 auch 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. Ein Paradebeispiel ist hier 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. In der Krise dieser Jahre zeigt dies sich ganz besonders in seinen verschärften Negativwirkungen für die Raumordnung.

### 5. Mögliche Wirkungen des Sozialbudgets als Krisenkanal in die Regionen

Abgeleitet aus der Funktion des „Sozialbudgets“ im „Geschäftsmodell Deutschland“ werden nachfolgend mögliche Wirkungen eines im Zuge der Austerity-Politik nunmehr stagnativen oder rezessiven Sozialbudgets auf die Relationen zwischen wichtigen Aggregaten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung bzw. des Kreislaufschemas, wie sie für das „Geschäftsmodell Deutschland“ charakteristisch sind, skizziert. Diese Übersicht müsste mit Hilfe geeigneter Regionalindikatoren, soweit diese verfügbar sind, zunächst auf seine Evidenz geprüft werden.

Übersicht: Mögliche Wirkungen des Sozialbudgets als Krisenkanal in die Regionen.

<b>Stagnation oder Rezession des nationalen Sozialbudgets</b>	<b>Effekte auf die regionalen Relationen von Entstehung, Verwendung und Verteilung des Bruttonationaleinkommens</b>
<b>Absolute oder relative Einschrumpfung regionaler Sozialbudgets</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abnahme des regionalen Sozialproduktvolumens</li><li>• Rückgang der regionalen Lohnquote</li><li>• Zunahme der regionalen Privatverbrauchsquote</li><li>• Abnahme der regionalen Realinvestitionsquote*)</li><li>• Abnahme der regionalen Gewinnquote</li><li>• Zunahme der regionalen Kapitalersatzquote**)</li><li>• Zunahme der regionalen Exportüberschussquote</li><li>• Zunahme der regionalen Privatsparquote</li></ul>

\*) Wegen ausbleibender Sozialinvestitionen

\*\*\*) Abschreibungen



Auf der hier exemplarisch gewählten Ebene der Hauptkonten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR), also Entstehung, Verwendung und Verteilung des Bruttonationaleinkommens sind die Steuer- und Beitragseinnahmen als Aufbringungsseite und die Sozialinfrastruktur- und Sozialtransferausgaben als Aufwendungsseite des Sozialbudgets noch nicht ausdifferenziert. Es sei nur so viel gesagt: Sozialinfrastruktur- und Sozialtransferausgaben sind sowohl im Verwendungskonto „Investitionen“ wie auch im Verwendungskonto „Konsum“ und selbst im Verwendungskonto „Auslandsbeitrag“, d.h. Exporte und Importe enthalten und spielen damit gemäß ihrer regionalen Variation auch eine größere oder kleinere Rolle für die Entstehung bzw. die Erstellung des Bruttonationaleinkommens wie auch für die (Sekundär-)Verteilung des Bruttonationaleinkommens. Im vorliegenden Beitrag interessieren nun die in den Institutionen des Sozialbudgets und den Sektoren der Sozialwirtschaft einschließlich Gesundheits- und Pflegewirtschaft schon per se angelegten Inzidenzen und Tendenzen zu einer Verstärkung anstelle der aufgabengemäßen oder erwünschten Abschwächung von Regionaldisparitäten, d.h. zu einer Verschlechterung anstelle einer Verbesserung der Raumordnung.

## **6. Gesetzliche Krankenversicherung als Instrument der Senkung der Lohnquote regional und pauschal**

Die Gesetzliche Krankenversicherung auf der Grundlage von Lohnabgaben gehört zum ältesten Kernbestand des deutschen Sozialstaats bzw. Sozialbudgets. Dabei hat die Entwicklung von unterschiedlichen Kassenarten, das sogenannte „Gegliederte System“, das jahrzehntelang als unantastbar gegolten hat, mit der Einführung des „Gesundheitsfonds“ im Jahre 2009 im Windschatten der Krise ein schnelles Ende gefunden. Gleichzeitig stellt die Einführung des „Gesundheitsfonds“ in Gesamtdeutschland mit Ausnahme der Einführung einer Einheitsversicherung in der vormaligen DDR die am tiefsten gehende institutionelle Änderung der Gesetzlichen Krankenversicherung dar, die zugleich die Gesetzliche Krankenversicherung zu einem besonders wirkungsvollen Instrument der Lohnquotensenkung im Rahmen der EU-Austerity-Politik macht.

### **6.1. Gesundheitsfonds: Umverteilung von den schwächeren zu den stärkeren Regionen**

Regional wirkt der Zentrale Gesundheitsfonds 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 Landzeitarbeitslosen, Mini- und Teilzeitbeschäftigten sowie die Zusatzbeiträge nur für die Beschäftigten, nicht für die Unternehmen muss man nicht weiter eingehen, da sie am beschriebenen 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.

Soweit es umgekehrt die Beitragszuflüsse betrifft, 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 abgeflossenen Mittel in diese als Geld- und Sachleistungen der Kassenkonzerne wieder zurückfließt, könnte in einen „positiven“ Leistungssatz umgerechnet werden. Dieser „positive“ Leistungssatz würde für die Regionen, im Unterschied zum „negativen“ Beitragssatz, sehr unterschiedlich ausfallen.

Entscheidend für die Rückflüsse in die jeweiligen Regionen ist vor allem deren Ausstattung mit Berufen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft, denn diese rechnen die für die Regionen bzw. ihre Bevölkerungen erbrachten Leistungen mit den Kassenkonzernen ab. Auf die Feinheiten der Leistungsabrechnung 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. Sie ist für die hiesige Fragestellung marginal.

Wesentlich ist, dass vor allem die wirtschaftlich starken Regionen zugleich auch eine besonders hohe Ausstattung mit Arztpraxen, Therapieberufen, Apotheken, Rehaeinrichtungen etc. haben. Dementsprechend hoch sind auch die Beitrags- bzw. Leistungsrückflüsse aus dem Zentralen Gesundheitsfonds in solche wirtschafts-, insbesondere gesundheitswirtschaftsstarken Regionen. Sie hätten einen höheren „positiven“ Leistungssatz als die 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. Da es sich bei den umverteilten Finanzmitteln um Beiträge auf Arbeitseinkommen, d.h. Lohn-Bestandteile handelt, bewirkt der Zentrale Gesundheitsfonds Neben-Lohnkürzungen zu Lasten der Be- Beschäftigten in den benachteiligten Regionen und Neben-Lohnerhöhungen zu Gunsten der Beschäftigten in den bevorzugten Regionen.

Hier muss noch angemerkt werden, dass der Zentrale Gesundheitsfonds mittlerweile beinahe 200 Milliarden Euro jährlich zwischen den schwächeren und den stärkeren Regionen umverteilt – 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, die auch unabhängig vom Zentralen Gesundheitsfonds und vor dessen Errichtung, wenn auch nicht so ausgeprägt bestanden haben, sind seit beinahe drei Jahrzehnten eine Art „finanzpolitisches Geheimthema“ unter Experten. Das Politische System hat aus gutem Grund stets dafür Sorge getragen, dass es ein Geheimthema bleibt.

## **6.2. Kassenkonzerne: Umverteilung von den Löhnen zu den Gewinnen**

Ähnlich unerörtert wie die regionalen Umverteilungswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung von den schwächeren Regionen zu den stärkeren Regionen bleiben auch die sozialen Umverteilungswirkungen der Gesetzlichen

**Krankenversicherung von den Lohneinkommen zu den Gewinneinkommen innerhalb des Volkseinkommens.**

So wie die Bevölkerungen, insbesondere die Beschäftigten in den schwächeren Regionen mit der Etablierung des Zentralen Gesundheitsfonds den unerklärten Krieg um eine auch regional ausgleichende Krankenversicherung verloren haben, so haben die Beschäftigten und mit ihnen die Versicherten mit der Liquidierung der autonomen, regionalen und gemeinwirtschaftlichen Krankenkassen (AOK, BKK, IKK, LKK) den unerklärten Krieg um eine vor allem sozial ausgleichende Krankenversicherung verloren. Die sich häufenden Meldungen über Leistungsverweigerungen der Krankenkassen sind die logische Konsequenz eines „Geschäftsmodells“ Gesetzlicher Krankenversicherung, bei dem durch eine faktisch degressive, weil jeweils aus den Vorjahresausgaben abgeleitete Gesamtbudgetierung dieser Bereich der Löhne, d.h. der Neben-Löhne in Form der Beiträge zur Krankenversicherung anhaltend unter den Produktivitätszuwachs gedrückt wird. Gleichzeitig findet ein gnadenloser Konkurrenzkampf bislang vor allem um „risikogünstige“, nunmehr auch um „risikoausgleichsbegünstigte“ Mitglieder statt. Dieser Konkurrenzkampf ist durch die seit Beginn des Jahres 2015 noch verschärfte Infamie der „Zusatzbeiträge“ nur für die Beschäftigten, nicht für die Unternehmen weiter angeheizt worden. Mit dem Geschäftsmodell „konkurrierender Kassenkonzerne“ hat das Politische System die Gesetzliche Krankenversicherung als einen Automatismus der Neben-Lohnsenkung bzw. der unsichtbaren Neben-Gewinnsteigerung installiert.

### **6.3. Voraussetzung: Zerschlagung der autonomen und regionalen sozialen Krankenkassen**

Um diese beiden Funktionen der Gesetzlichen Krankenversicherung, regionale Umverteilung zu Gunsten der Wachstumsregionen, soziale Umverteilung zu Gunsten der Gewinneinkommen installieren zu können, hat das Politische System allerdings zunächst die tradierte Krankenversicherung selbst zerstören müssen. Nach einem Jahrzehnt „Krankenkassen-Reform“ (1982 – 1992) waren von der vormaligen Gesetzlichen Krankenversicherung als eines institutionell gegliederten und territorial gestuften Systems autonomer, mehrheitlich regionaler und gemeinwirtschaftlicher Krankenkassen (AOK, BKK, IKK, LKK) nur noch die Namen übrig.

Der Grund für die Zerschlagung der autonomen und regionalen sozialen Krankenkassen liegt auf der Hand: Es handelte sich um Lohnfonds der Beschäftigten in den Regionen, die von der Beschäftigtenseite und der Unternehmerseite in regionaler Selbstverwaltung kontrolliert wurden und jeweils ein Gleichgewicht zwischen Wirtschaftskraft, Lohnniveau, Gesundheitswesen und Behandlungsbedarf in der Region finden mussten. Zusätzlich gab es einen alle Kassenarten übergreifenden solidarischen Finanzausgleich für die Ausgaben der Rentner-Krankenversicherung. Der Mehrzahl dieser Krankenkassen unterstand als regionale Körperschaften zudem der Aufsicht der Länder. Direkte Eingriffe in die Versorgungsentwicklung und in die Beitragsgestaltung oder gar Zugriffe auf die Finanzmittel des Gesundheitsfonds und damit der Kassenkonzerne, wie dies mittlerweile möglich und üblich ist, waren unter den vormaligen Bedingungen kaum möglich. Insbesondere die über den Zentralen Gesundheitsfonds mögliche massive Beeinflussung der transferfinanziellen Ausstattung der Re-

gionen und die über den sogenannten „Gemeinsamen Bundesausschuss“ zentralpolitische Vorgabe laufender Verschlechterungen der gesundheitlichen Gegenleistungen für die pflichtweisen Krankenkassenbeiträge waren bei diesem vormaligen Gefüge nicht möglich.

## **7. Krankenhausversorgung: Prekärer Sektor der Gesundheitsversorgung**

In der Fachöffentlichkeit wird seit langen Jahren das Phänomen „Krankenhausfeindliche Politik“ erörtert. Hauptakteure sind hier die Bundesregierungen unterschiedlichster Zusammensetzung und die Krankenkassenverbände. Gleichzeitig wird schon seit Beginn der Krankenhausförderung und Krankenhausplanung in den 1970er Jahre darauf hingewiesen, dass die Krankenhausversorgung ausgeprägtere Sozialfunktionen als andere Sektoren der Gesundheitsversorgung erfüllt. Sie wird von sozial schwächeren Patientinnen und Patienten stärker als von Patientinnen und Patienten aus anderen Schichten in Anspruch genommen. Bis in die 1990er Jahre, d.h. bis zur Einführung der Pflegeversicherung haben die Krankenhäuser auch einen wesentlichen Teil der Pflegeversorgung getragen – um dafür von Bundesregierungen und Kassenverbänden mit dem Dauervorwurf der „Fehlbelegung“ belohnt zu werden. Im Hintergrund der dann forcierten Herauslösung der Pflegeversorgung aus der Krankenhausversorgung stand vor allem das Interesse, diesen durch eine schwierige Lebenslage geprägten Teil der Gesundheitsversorgung aus der Vollkostendeckung der Gesetzlichen Krankenversicherung in die nur Teilkostenversicherung der Pflegeversicherung zu überführen und dadurch zu verbilligen bzw. zu Privatkosten zu machen.

Interessant ist, dass die schon seit Mitte der 1970er Jahre forcierte Politik der „Kostendämpfung“ in der Krankenversicherung, d.h. Politik des Leistungsabbaus bzw. der Sachlohnsenkung in der Gesundheitsversorgung in erster Linie auf den Krankenhausesektor fokussiert war. Dies hatte vor allem machtpolitische Gründe: Im Unterschied zur Pharmazeutischen Industrie und zur Ärzteschaft war das Krankenhauswesen trägerschaftlich zersplittert und zudem in Länderzuständigkeit. Gleichzeitig wurden dort rund ein Drittel der Leistungsausgaben der Gesundheitsversorgung getätigt. Es lag also nahe, was dann auch geschah, dass Kassenverbände und Kassenärzteschaft eine Jahrzehnte anhaltende „Unwirtschaftlichkeitskampagne“ gegen die Krankenhäuser inszenierten und insbesondere „Überkapazitäten“ anprangerten.

Dieser Konflikt zwischen Krankenhausversorgung einerseits und Arztversorgung sowie Krankenkassen andererseits setzte sich auf der Ebene der gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren der Krankenhausfinanzierung und Krankenhausförderung, speziell auf der Ebene der Krankenhausbedarfsplanung der Länder um in einen Dauerkonflikt bezüglich einer „Regionalisierung“ oder „Zentralisierung“ der Krankenhausversorgung. Hierbei stand das Prinzip „Regionalisierung“ für eine umfassende Sicherung der Sozialfunktion der Krankenhausversorgung, während des Prinzip „Zentralisierung“ Deckformel für eine schrittweise Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung war. Heute muss konstatiert werden, dass der dreißigjährige Kampf der Bevölkerungen vieler deutscher Regionen um eine soziale Kranken-

hausversorgung verloren ist. Die Krankenhausversorgung ist überwiegend nur noch profitorientiertes Investitionsobjekt und budgetorientiertes Spardiktat. Mit der letztendlichen Durchsetzung einer Krankenhausfinanzierung durch DRG-Preise im Rahmen eines defizitären Krankenhausbudgets und bei anhaltender Des-Investition in die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser war die Sache entschieden.

Mittlerweile ist ein Zustand erreicht, bei dem die Hälfte der deutschen Krankenhäuser nicht mehr ausreichend investitionsfähig ist. Für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen sind die Länder zuständig. Für die Finanzierung der Betriebskosten sind die Krankenkassen zuständig. Es liegt auf der Hand, dass bei einer weiteren Verschlechterung der Finanzlage der Länder, die sich fraglos beim Wirksamwerden der Schuldenbremse und des Fiskalpakts ergeben wird, verstärkt noch durch zu erwartende Benachteiligungen beim Länderfinanzausgleich, beim Solidarpakt und bei der Umsatzsteuerneuverteilung, die Krankenhausinvestitionen noch prekärer werden. Derzeit liegt der Investitionsstau im Krankensektor bei rund 15 Milliarden Euro. Aktuell werden jährlich 5,4 Milliarden Euro benötigt, um den laufenden Investitionsbedarf zu decken.

Zudem steigt die Zahl der Krankenhäuser, die mit Verlust abschließen. Sie liegt derzeit bereits bei 35 Prozent aller Krankenhäuser. Auch die Zahl der insolvenzbedrohten Krankenhäuser steigt weiter. Sie liegt mittlerweile bei 16 Prozent aller Krankenhäuser. Diese Situation wurde nicht allein durch die stetige Verringerung der Investitionsmittel der Länder für die Krankenhausinvestitionen herbeigeführt. Vermutlich noch negativer haben sich die zu niedrigen Krankenhaus-Butgetsteigerungen und das DRG-Preissystem auf eine wirtschaftliche Führung der Krankenhäuser, insbesondere eine angemessene Personalausstattung bei angemessener Personalentlohnung ausgewirkt. Gelegentliche Finanzhilfen aus dem Bundeshaushalt bleiben demgegenüber marginal. Die tatsächlichen Absichten der gegenwärtigen Bundesregierung wie schon der Vorläuferregierungen zeigt der neu gebildete Krankenhausabschlacht-Fonds. Hier soll 1 Milliarde Euro für das Wegmobben von 200 Krankenhäusern der derzeit 2017 Krankenhäuser eingesetzt werden.

## **8. Krankenhäuser: Einfallstore für die EU-Austerity-Strategie und den TISA-Kapitalismus in die Regionen**

Zwar war die vormals überwiegend gemeinwirtschaftliche Krankenhausversorgung in Deutschland schon vor dem Beginn der Finanz-, Budget- und Realkrise im Jahre 2008 vom Politischen System und den Krankenkassenverbänden nach jahrzehntelangen Auseinandersetzungen in eine privatkapitalistische Anlagesphäre „transformiert“ worden. Dies hat allerdings bislang noch nicht zu extremen, wenngleich weiter zunehmenden Lücken in der Flächendeckung mit Krankenhausleistungen geführt. Durch eben diese noch einigermaßen erkennbare räumliche Ausgeglichenheit im akutstationären Sektor hat auch die vom Zentralen Gesundheitsfonds bewirkte Umverteilung von Beitrags-, d.h. Lohnfinanzen aus den schwächeren in die stärkeren Regionen bislang nicht noch größere als die feststellbaren Ungleichgewichte zwischen den Regionen bewirken können.

**Nunmehr hat allerdings die EU-Austerity-Strategie ihren bisherigen Schwerpunkt von Lohn- und Alterslohn(=Renten)senkungen auf Ausgabensenkungen im Gesundheitsbereich verlagert. Dementsprechend hat das Politische System in Deutschland eine Kampagne zur Differenzierung und Reduzierung der Krankenhauskapazitäten angekündigt. Es ist folglich absehbar, dass die bisherige Ausgleichswirkung des Krankenhausesektors gegenüber den regionalen Negativeffekten des Zentralen Gesundheitsfonds zunehmend entfallen wird.**

**Über die direkten Angriffe des Politischen Systems und der Kassenkonzerne auf die Standorte und Fachabteilungen der Krankenhausversorgung ist die Krankenhauswirtschaft in Deutschland durch die spezifische Art ihrer Finanzierung dem EU-Austeritydruck viel mehr als die anderen Sektoren der Gesundheitswirtschaft ausgeliefert. Während die Leistungserbringung in der restlichen Gesundheitswirtschaft im wesentlichen aus den Beitragsmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt, die zwar unter den europäischen Fiskalpakt, aber nicht unter die deutsche Schuldenbremse oder gar den Länderfinanzausgleich fällt, wird in der Krankenhauswirtschaft lediglich die unmittelbare Leistungserbringung, die sogenannten „Betriebskosten“ aus Beitragsmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die in der Krankenhauswirtschaft sehr hohen „Investitionskosten“ werden hingegen aus den Steuermitteln der Länderhaushalte aufgebracht. Sie sind damit den Spar- und Kürzungszwängen von Fiskalpakt, Schuldenbremse, Finanzausgleichsreform, Solidarpaktneufassung etc. unmittelbar ausgesetzt. Schon bislang sind die Länder ihren Finanzierungspflichten gegenüber der Krankenhausversorgung nur mangelhaft nachgekommen.**

**Das Politische System wird mit Sicherheit, wie jetzt schon bei der jahrelang provozierten Investitionslücke im Verkehrswegebau die in der Krankenhausausrüstung herbeigeführte und sich rasch vergrößernde Investitionslücke nutzen, um auch in diesem Infrastrukturbereich Finanz- und Versicherungskonzernen ein neues Anlagen- und Gewinnfeld zu eröffnen. Wie bereits bei den Erörterungen und Planungen zur zukünftigen Finanzierung von Verkehrswegen durch Finanz- und Versicherungskonzerne werden diese auf Gewinngarantien bestehen. Die vom Politischen System und den Kassenkonzernen geplante breite direkte Vernichtung von Krankenhaus-Sachkapital, die Rede ist von ca. 200 Krankenhausstandort-Schließungen, ist ein sachdienlicher Beitrag zur Sicherung ausreichender Gewinne im Krankenhausbereich. Die Krankenhausversorgung in Deutschland würde damit dann auch für internationale Investoren im Rahmen des TISA-Kapitalismus besonders attraktiv.**

## **Literatur**

**AOK-Bundesverband (Hrsg.): AOK und Raumordnung – Atlas, Bonn 1986**

**BDO – Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.): Ländliche Krankenhausversorgung heute und 2020, Köln 2014**

**Blos, Karin: Die Bedeutung der Ausgaben und Einnahmen der Sozialversicherungssysteme für die Regionen in Deutschland.**

**IAB-Forschungsbericht 8-2006. Hrsg. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg 2006**

**Bruckenberger, Ernst: Öffnung des Krankenhauswesens für Kapitalinvestoren: Vor allem Kassenverbände und Bundesregierungen öffneten den Weg in die Privatisierung.**

**In: Sozialverband VdK NRW (Hrsg.): „Wirtschaftlichkeit“: Was braucht Nordrhein-Westfalen: Soziale Krankenhäuser oder Gesundheits-Kaufhäuser? Düsseldorf 2009, S. 5 - 26**

**Brunkhorst, Johann: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung – insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1987**

**Busch, Ulrich; Land, Rainer: Teilhabekapitalismus. Fordistische Wirtschaftsentwicklung und Umbruch in Deutschland 1950 – 2009.**

**In: Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland – Teilhabe im Umbruch, Wiesbaden 2012, S. 111 - 151**

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

**Göpffahrt et al. (Hrsg.): Risikostrukturausgleich 2007 – Jahrbuch, St. Augustin 2007**

**Goeschel, Albrecht: Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik.**

**Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 72. Hrsg. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 1979**

**ders.: Die soziale Krankenversicherung als Träger öffentlicher Investitionen in der Region.**

**In: Raumforschung und Raumordnung, Köln, 4 - 5 / 1984, S. 191 – 199**

**ders.: Die Bedeutung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung für die Regionalwirtschaft.**

**In: Informationen zur Raumentwicklung, Bad Godesberg, 3 – 4 / 1985, S. 195 – 210**

**ders.: Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung: Umverteilungsvorgänge zu Lasten der ländlichen Räume.**

**In: Der Landkreis, Köln, 8 – 9 / 1986, S. 372 – 375**

**ders.: Sozialtransfers als Ausgleich oder Verstärkung von Regionaldisparitäten.**

**In: Sozialer Fortschritt, Berlin, 11 / 1987, S. 263 – 267**

**ders.; Harms, Jens (Hrsg.): Raumordnung und Sozialpolitik, Frankfurt a. Main 1988**

**ders.: Sozialfinanzimporte und Sozialfinanzexporte der Bundesrepublik Deutschland: Anhaltspunkte für eine Europäisierung der Sozialversicherung.**

**In: Der Landkreis, Köln, 3 / 1989, S. 125 – 128**

**ders.: Zentralisierung oder Regionalisierung in der Krankenversicherung als Problem der Sozialordnungspolitik und der Raumordnungspolitik.**

**In: Der Landkreis, Köln, 3 / 1988, S. 111 – 115**

**ders.: Die Bedeutung der regionalen Krankenkassenstruktur für die Krankenhauswirtschaft.**

**In: Mensch Medizin Gesellschaft, Stuttgart, 16 / 1991, S. 123 – 132**

**ders.: Gesundheitsversorgung und Krankheitsschutz im europäischen Raum: Die Einheitswährung macht die Regionen vergleichbar.**

**In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Währungsunion bricht Kassenmonopol, München 1999, S. 44 – 65**

**ders.: Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung. Gutachten für den Bund der Steuerzahler. Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung, Marquartstein 2007**

**ders.: Exportterror gegen den Sozialstaat: Wirtschaftskonzept des politischen Systems zerstört Soziale Ordnung in Deutschland.**

**In: Gesundheit-Politik-Management-Ökonomie, Frankfurt a. Main 3 / 2007, S.69 – 72**

**ders.; Martens, Rudolf: Gesundheitsfonds und Regionalpolitik. Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale, Verona 2013**

**ders.: Sozialpolitik als Instrument der Verarmung ? Die Zerstörung des Europäischen Wohlfahrtsstaates in der Euro-Krise.**

**In: Sozialverband VdK NRW (Hrsg.): „Euro“ – Rettet eine Sozial-Union Europa? Düsseldorf 2013, S. 11 – 38**

**ders.: „Milder Imperialismus“ – Vorgeschichte, Zusammenhänge und Hintergründe von Euro-Krise und EU-System 1920 – 2010. Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale, Verona 2013**

**ders. et al.: Raumordnung als Arbeitsmobilisierung: Analyse und Kritik des Landesentwicklungsprogrammes Bayern. Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale, Verona 2014 (Neuaufgabe)**



**ders.: (Kapitalistischer) Sozialstaat: Nicht er ist in Gefahr – er selbst ist die Gefahr. Hrsg. Accademie ed Istituto per la Ricerca Sociale, Verona 2014**

**ders.: Sozialbudget: Funktionselement für Exportexzess und Finanzkapitalismus. Bergkamen 2015**

**ders.: EU – Sozialpolitik: „Formierung“ einer einheitlichen Klassengesellschaft der billigen Arbeit, Bergkamen 2015**

**Hensen, Hartmut: Die Finanzen der Sozialen Sicherung im Kreislauf der Wirtschaft – Versuch einer ökonomischen Analyse. Kieler Studien 36. Hrsg. Institut für Weltwirtschaft an der Universität Kiel, Kiel 1955**

**Lehndorff, Steffen: Fiskaldiktatur kontra Sozialmodell: Die deutsche Politik vertieft die Krise Europas. In: Sozialverband VdK NRW (Hrsg.): „Euro“ – Rettet eine Sozial-Union Europa ?. A.a.O., S. 39 – 53**

**Lutz, Burkart: Der kurze Traum immerwährender Prosperität, Frankfurt am Main 1984**

**Martens, Rudolf: Unter unseren Verhältnissen der erste Armutsatlas für Regionen in Deutschland. Hrsg. Der Paritätische Gesamtverband, Berlin 2009**

**ders.: Unter unseren Verhältnissen II. Atlas der Sozialkürzungen der Bundesregierung 2011 – 2014. Hrsg. Der Paritätische Gesamtverband, Berlin 2010**

**Müller, Wolfgang; Neusüss, Christel: Die Sozialstaatsillusion und der Widerspruch von Lohnarbeit und Kapital.  
In: Probleme des Klassenkampfes, Sonderheft 1, Berlin Juni 1971**

**Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche Bd. I und II, Baden – Baden 1996 und 1997/1998**

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Wiesbaden 2014**

**Schmähl, Winfried: Weiter Raubbau an den Sozialbudgets? Beitragsfinanzierung von Staatsaufgaben erzeugt u.a. das Lohnnebenkostenproblem.  
In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Soziale Verunsicherung ohne Ende? Das politische System setzt die Bürger auch weiter unter Druck, München 2006, S. 23 – 41**

**Steinmetz, Markus: Kassenmedizin-Atlas für Deutschland. Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale, Verona 2014**

**Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Krankenkassenstruktur und Regionaldisparitäten. Voruntersuchungen auf der Ebene von Kassengruppen, Bundesländern und Finanzübertragungen. Gutachten für die Bundesanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Marquartstein 1988**

**Watzlawczik, Gerd-Uwe: Vertreibung aus der Fläche und Aufgabe der Selbständigkeit: Die regionale und die institutionelle Konzentration der Krankenhauseinrichtungen in Deutschland seit 1972.**

**In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten ? München 2001, S. 31 – 48**

**Zander, Thomas: Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Prüfstein des sozialen Bundesstaates.**

**In: Sozialverband VdK NRW (Hrsg.): „Wirtschaftlichkeit“. A.a.O., S.75 - 86**