

Albrecht Goeschel, Michael Teumer

# Pflegeversicherung: Instrument zur Kapitalisierung der Gesundheitsversorgung

Familienpolitische Aspekte der Krankenhausökonomie

## 1. „Familie“: Kein Thema der Krankenhausökonomie

Im Thema „Familie und Krankenhaus“ kristallisiert sich für den vormaligen sozialen und föderalen Rechtsstaat Deutschland das typische deutsche, inzwischen in die Vergangenheit verabschiedete, Wohlfahrtsstaatsarrangement aus Ernährerehemann-Familie, Lohn-Normalarbeit, aus Beiträgen finanzierter (Kranken-)Sozialversicherung und aus Steuern finanzierter Versorgungseinrichtungen, insbesondere Krankenhauseinrichtungen.

Bei Europavergleichen etwa der Vermögens- und Einkommenssituation der Privathaushalte wird, wenn sie seriös angelegt sind, stets auch auf die unterschiedlichen Anteilsgewichte und Aufgabenstellungen der verschiedenen Hauptelemente wohlfahrtsstaatlicher Systeme: Familie, Arbeit, Soziales, Versorgung etc. aufmerksam gemacht. So sind beispielsweise die Altersvermögen in Deutschland vor allem durch Sozialversicherungsansprüche, im EU-Süden dagegen viel stärker durch Privathauseigentum geprägt. Wünschenswert wären solche kontextunterlegten Vergleiche auch bei den in den zurück liegenden Jahrzehnten in großer Zahl vorgelegten, leider häufig erkennbar interessengeleiteten Länderbetrachtungen der Gesundheitssysteme in der EU gewesen. Die dabei bevorzugten Darstellungen von Ausstattungsdichte, Nutzungshäufigkeit etc. mit und von Gesundheitsberufen, Gesundheitseinrichtungen etc. führen in die Irre, wenn nicht die Stellung, Zusammensetzung und (Gesundheits-)Leistung der Familien in den Vergleichsländern mit berücksichtigt werden. So sind die auffallend niedrigeren Krankenhausinanspruchnahmen im EU-Süden im Vergleich etwa zum EU-Kern ohne Rekurs auf die Familienkomponente nicht zutreffend zu bewerten. So werden Krankheitsepisoden im EU-Süden in deutlich höherem Ausmaß und Umfang durch die Familien mit Unterstützung von Familienärzten und Arzneimitteln bewältigt als im EU-Kern.

All dies ist von der Mainstream-Krankenhausökonomie im Deutschland der zurückliegenden Jahrzehnte ignoriert worden – wohlweislich. Das Anliegen der hegemonialen Gesundheitsökonomie insgesamt in Deutschland, einer Gesundheitspolitik der Aufwands- und Leistungsverringerung für Gesundheit „wissenschaftlichen“, besser: vulgärökonomischen Flankenschutz zu liefern, konnte nur gelingen, weil der Verschiebepunkt „Familie“ als Abladeplatz für ausgegrenzte Gesundheitsleistungen generell aus den Betrachtungen ausgeblendet blieb.

## 2. TTIP-Freihandelsdiktat und die Familienunterschiede in der EU

Diese gerade für die Länderunterschiede in der Gesundheitsversorgung bedeutende Rolle der Familien wird auch zu unterschiedlichen Wirkungen der von den USA und der EU mit Brutalität vorangetriebenen TTIP- und TiSA-Freihandelszone auf die zukünftige Gesundheitsversorgung in Europa beitragen.

Für die von den USA und der EU ermöglichten und erwarteten Investitions- und Distributionsoffensiven von US-amerikanischen und anderen internationalen Klinik-, Medizin- und Pharmakonzernen bietet der EU-Süden zumindest auf den ersten Blick wegen der dort insgesamt niedrigeren Quote der Gesundheitsaufwendungen am Bruttonationaleinkommen und der unter dem Austerity-Diktat Deutschlands seit Jahren teilweise dramatisch gesunkenen Gesundheitsaufwendungen keine attraktiven Gewinnchancen. Hinzu kommt, dass ebenfalls unter dem Austerity-Diktat Deutschlands in den südlichen EU-Ländern die Erwerbs-, insbesondere die Lohneinkommen deutlich gesunken sind und damit die Kaufkraft der Privathaushalte für kommerzielle Gesundheitsleistungen und –güter weiter zurückgeht. Allerdings bieten die sogenannten Eliten im EU-Süden sich als politische Verbündete bei der Erschließung dieser Länder für eine Kapitalisierungsoffensive in der Gesundheitsversorgung eher an als die sogenannten Eliten im EU-Kern. Der Grund liegt darin, dass der gesamte Sozialstaatsbereich, gemessen etwa am Sozialbudget im EU-Kern, insbesondere in Deutschland, ein solches finanzielles, ökonomisches, institutionelles und auch personell-karrieristisches, d. h. politisches Gewicht erreicht hat, dass er sich dieses nicht umstandslos durch Dritte streitig machen lassen wird. Die offene oder versteckte Unterstützung der Kampagne gegen das Freihandels-Diktat durch Teilbereiche des Sozialstaats in Deutschland bestätigt diese Auffassung. Insgesamt ist im EU-Süden unter dem zu erwartenden verstärkten Kapitalisierungsdruck wohl mit einer weiteren Rückbildung der sozialen Gesundheitsversorgung in familiäre Eigenleistung zu rechnen.

Im EU-Kern, insbesondere in Deutschland, wird sich wie bisher schon die Sicherung und Steigerung der Gewinne in der Gesamtwirtschaft gerade nicht als und durch Reduzierung und Demontierung des Sozialstaates, sondern als weitere Instrumentalisierung und Umfunktionierung des Sozialstaates für die Exportsteigerung durch (Neben-)Lohndumping abspielen. So sind ja der Aufbau und der Ausbau des Niedriglohnssektors als Haupttreiber des deutschen Exportkapitalismus nicht gegen, sondern mittels des Sozialstaates, Stichwort: Hartz IV, durchgesetzt worden. Und die Öffnung immer weiterer Bereiche der vormaligen Versorgungswirtschaft als Anlagefelder auch für internationale Kapitalinvestoren wird

als Modernisierung und Expansion der Infrastruktur legitimiert. Es entsteht eine „Private-Public-Gebührenwirtschaft“, die profitable Investitionsfelder für das Privatkapital erschließt, indem möglichst viele Lebensvollzüge individualisiert und ökonomisiert werden. Familiäre und andere gemeinschaftliche Formen von Produktion, Distribution, Konsum, Mobilität etc. sind in diesem System dysfunktional. Investitions- und Distributionsoffensiven internationaler Health-Konzerne nach vollzogenem Freihandelsdiktat treffen damit in Deutschland auf strukturell besonders günstige Voraussetzungen. Die familiäre Eigenleistung als Form der Gesundheitsversorgung ist mit Ausnahme der extrem marginalisierten sogenannten „Angehörigenpflege“ längst eliminiert.

### **3. Durchkapitalisierung der Gesundheitswirtschaft mittels Pflegeversicherung**

Der wohl bedeutendste Schritt auf dem Weg zu einer Entfamilialisierung und zu einer Durchkapitalisierung der Groß- und Wachstumsbranche Gesundheitswirtschaft war dabei die als solche von der sogenannten „kritischen“ Gesundheitsökonomie und sogenannten „kritischen“ Sozialstaatstheorie bis heute nicht entzifferte Einführung der „Gesetzlichen Pflegeversicherung“ in den 1990er Jahren. Durch die Ausgliederung eines Teiles der Gesamt- und vor allem Altersmorbidity aus der Vollkosten-Krankenversicherung in eine Teilkosten-Pflegeversicherung war ein unsichtbarer Mechanismus geschaffen worden, bei dem unter Nutzung des demografisch-epidemiologischen Wandels stetig wachsende Volumina von Morbidity letztlich auf und in die Privathaushalte abgewälzt wurden. Zudem sind die eher dürftigen Teilleistungen der Pflegeversicherung von den Arbeitnehmern mit ihren Sozialbeiträgen alleine zu tragen. Die viel beklagte Verlagerung der minderen, aber massenhaften Pflegearbeit auf die Ver- und Zerfallsprodukte der herkömmlichen Ehefamilie, d. h. Altersehepaare, Alleinlebende etc. schafft dort eine spezifische „Pflegearmut“. Der sich daraus ergebende Anspruch auf Grundsicherung im Alter bzw. wegen Erwerbsunfähigkeit wandelt dann die im „Grundgesetz“ als „Grundrecht“ verankerte „Ehe und Familie“ (Art. 6 Abs. 1 GG) um in die „Bedarfsgemeinschaft“ des kapitalistisch-bürokratischen Sozialstaats.

Die Kapitalisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Hilfe der Gesetzlichen Pflegeversicherung muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass die Gesetzliche Krankenversicherung mit dem Konzept der beitragsfreien Mitversicherung der Familienangehörigen, insbesondere der Ehefrauen bei ihren Arbeitsmännern im Deutschen Kaiserreich, Familien ermöglichende und Familien bildende Funktionen entfaltete. Diese wurde dann noch einmal verstärkt durch die Einführung der Krankenversicherung der Rentner innerhalb der Gesetzlichen

Krankenversicherung durch den National-Sozialistischen Staat. Nunmehr, durch die nachhaltige und fortschreitende Herauslösung wachsender Teile der im Familienzusammenhang anfallenden Morbidität in eine nur noch Teilkosten deckende Pflegeversicherung nebst Überwälzung der minderen, aber massenhaften Pflegearbeit auf die verbliebenen Reste der traditionellen Ehefamilie oder ihre Ver- und Zerfallsprodukte entfaltet die Gesetzliche Krankenversicherung Familien auflösende Funktionen.

#### **4. Pflegeversicherung als Instrument der Krankenhauskapitalisierung**

Gleichzeitig sind durch die Einrichtung einer Gesetzlichen Pflegeversicherung neben der Gesetzlichen Krankenversicherung im bedeutendsten Bereich der Gesundheitswirtschaft in Deutschland, in der Krankenhausbranche, geradezu ideale Investitions-, Distributions- und Profitchancen insbesondere für das internationale Health-Kapital vorbereitet und geschaffen worden. Die Gesetzliche Krankenversicherung, inzwischen aufgestellt als konkurrierende oligopolistische Kassenkonzerne, schöpft weiterhin steigende und fortschreitend nur noch durch die Arbeitnehmer aufzubringende Beiträge ab. Da gleichzeitig die im Vergleich zur Arztbehandlung weniger lukrative Pflegearbeit in die Gesetzliche Pflegeversicherung ausgelagert ist und die mindere, aber massenhafte Pflegearbeit in die Angehörigenpflege abgedrängt ist, verbleiben wachsende Beitragsvolumina der Gesetzlichen Krankenversicherung für den Ankauf von Profit- und Luxusmedizin, d. h. als Marktpotential für US-amerikanische, internationale, europäische und deutsche Klinik-, Medizin- und Pharmakonzerne.

Sichtbarer, aber weniger wirkmächtig ist der direkte Beitrag der Pflegeversicherung und Pflegeversorgung zur Politik der Abdrängung der unprofitablen Pflegearbeit aus der Krankenhausversorgung in die Pflegeversorgung bzw. die sogenannte „Angehörigenpflege“. Seit den 1970er Jahren wurde die Pflegeversorgung schrittweise aus der Krankenhausversorgung ausgegliedert. Schritte hierzu waren die Diskriminierung kleiner Krankenhäuser an Randstandorten im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung, es folgten Kampagnen der Kassenverbände gegen die angebliche Fehlbelegung von Krankenhausbetten mit Pflegefällen. Über mehrere Jahrzehnte übte die Kassenseite Dauerpressionen gegen die einzelnen Krankenhäuser zur Senkung der Patientenverweildauern aus; zuletzt setzten die Kassenverbände Fallpauschalenpreise für Krankenhausbehandlung durch, in denen der Pflegeaufwand der Behandlungsfälle nicht enthalten ist. Den Rahmen für alle diese Teil-Strategien setzte dann die Gesamtstrategie „Pflegeversicherung“. Mit dieser von Bundesregierungen jeder Zusammensetzung, von den sogenannten

Spitzenverbänden der Krankenversicherung, aber auch von den sogenannten Volksparteien und der Mehrzahl der Gewerkschaften sowie von den Kassenarzt-Vereinigungen gestützten Politik, wurde die Krankenhausversorgung in Deutschland in einem sich über mehrere Jahrzehnte erstreckenden Prozess aus einem Versorgungsbereich in einen Profitsektor umgewandelt. Es besteht kein Zweifel: Durch diese Zurichtung bietet sich die Krankenhausbranche in Deutschland aggressiven Investitions- und Distributionsoffensiven des internationalen Health-Kapitals in besonderem Maße an. Die nur gering oder gar nicht profitabel verwertbaren Gesundheitsbedürfnisse sind in die Pflegewirtschaft oder in die „Angehörigenpflege“ entsorgt.

### **5. Schuldenbremse, Fiskalpakt, Gesundheitsfonds: Schwächung der Gesundheitsversorgung in den Regionen**

Zusätzlichen Schub bekommt die Übernahme weiterer Anteile des deutschen Krankenhausbusiness durch internationale Klinikkonzerne nach erfolgreichem Freihandelsdiktat durch das bevorstehende Greifen der deutschen Schuldenbremse und des europäischen Fiskalpakts. Investitionen in kommunale und kirchliche Krankenhäuser wurden bislang, wenn auch immer spärlicher, durch die Bundesländer mit Steuermitteln finanziert. Hier werden die Verbote für Schuldenaufnahmen der Länder diesen weitere Möglichkeiten für den Rückzug aus der Krankenhausfinanzierung bieten. Ab 2016 tritt außerdem der von der sogenannten Großen Koalition mit dem neuesten Krankenhaus-Reformgesetz, d. h. dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) angestrebte weitere Abbau der Krankenhausgrundversorgung in der Fläche in Kraft. Damit wird den in den Umlandzonen und in den Landgebieten noch dominierenden traditionellen Familien und den in den Ballungskernen anteilsstarken Singlehaushalten der Jungen einerseits und der Alten andererseits eine wesentliche Existenzvoraussetzung genommen oder drastisch verschlechtert.

Vor allem in den Landgebieten und in den Problemregionen wird dieser verschärfte Krankenhausabbau noch zusätzliche Negativwirkungen für das Leben der Familien entfalten: Der Zentrale Gesundheitsfonds bzw. seine Kassenkonzerne entziehen allen Regionen zunächst im gleichen Maß Finanzmittel. Schwächere Kassenkonzerne belasten ihre Beitragszahler noch zusätzlich. Die abgeschöpften Mittel fließen demgegenüber in deutlich unterschiedlichem Maße in die Regionen zurück. Entscheidend für diesen Rückfluss ist die Ausstattung der Regionen mit Berufen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft. Ein weiterer Abbau der Krankenhauswirtschaft in der Fläche entzieht Beitragsabschöpfungen ohne sie durch angemessene Leistungszuführungen wieder auszugleichen. Neben einer damit

verbundenen weiteren wirtschaftlichen Schwächung solcher Regionen verlieren diese vor allem beim Abbau von Krankenhäusern bedeutende Arbeitsplatzzahlen.

## **6. Thematisierung von Familienaspekten in der Krankenhauspolitik**

„Entdeckt“ wurde der vom hegemonialen Kartell aus Bundesregierungen, Kassenverbänden, Krankenhausverbänden und Bundesländern de-thematisierte Wirkungszusammenhang von Familienlage und Krankenhausversorgung, d. h. von Familienpolitik und von Krankenhauspolitik, zu Beginn der 1990er Jahre. Die damals schon über ein Jahrzehnt als „Enfant terrible“ der Krankenhausplanung und Krankenhauspolitik aktive, in Bayern ansässige Studiengruppe für Sozialforschung e.V.(\* ) hatte mit Untersuchungen zur Bedarfslage und zur Versorgungsentwicklung in mehreren baden-württembergischen Stadt-Umland-Räumen gezeigt, dass die damals ausgeprägte Abwanderung der jüngeren Familien aus den Kernstädten in die Umlandzonen zu einer deutlichen Entmischung der regionalen Morbidität einerseits und zu einer wachsenden Fehlverteilung der familienrelevanten Krankenhausfachabteilungen zwischen Kernstädten und Umlandgebieten andererseits führt. Der damals deutlich zunehmende Druck der Kassenverbände und der Landesregierungen auf die kleineren und mittleren Krankenhäuser in den Umlandzonen und in den Landgebieten legte es nahe, nunmehr das Thema „Familie und Krankenhaus“ zu forcieren und damit ein für die Krankenhäuser günstigeres politisches Klima zu schaffen. Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. startete daher ab Mitte der 1990er Jahre eine bundesweite Beratungskampagne. Hierbei wurde kleinen und mittleren Krankenhäusern eine Umprofilierung als „Familienkrankenhäuser“ angeraten und die Krankenhäuser wurden hierbei unterstützt. Dieses bis 2010 verfolgte Beratungskonzept wurde von zahlreichen Krankenhäusern vor allem in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen aufgegriffen und umgesetzt.

Nachdem die Mainstream-Krankenhausforschung das Thema „Krankenhaus und Familie“ weiträumig umfuhr, widmete das Institut eine seiner jährlichen Krankenhauskonferenzen im Yachthotel Chiemsee ausschließlich dem Thema „Familienkrankenhaus“ und publizierte im Jahr 2000 dazu eine Textsammlung in seiner Schriftenreihe. Wegen des Fehlens familienbezogener Auswertungen der amtlichen Krankenhausstatistik und zur Gewinnung aussagekräftiger und zuverlässiger Vergleichswerte führte die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. im Rahmen ihres Praktikaprogrammes für Studierende der Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften zahlreiche Auswertungen der amtlichen Krankenhaus-

\*) [www.studiengruppe.com](http://www.studiengruppe.com)

statistik unter familienbezogenen Aspekten durch. Um die Existenzsicherungsstrategie „Familienkrankenhaus“ auch auf der mittleren Ebene zwischen Krankenhauspolitik des Bundes und der Länder einerseits und der standortlichen Ebene der einzelnen Krankenhäuser andererseits etablieren zu können, wurde nach der Jahrtausendwende eine in Nordrhein-Westfalen gestartete neue Runde der Krankenhaus-Bedarfsplanung genutzt, um geeignete Regionen als „Familienregionen“ zu definieren und den dortigen Krankenhäusern eine entsprechende Koordinierung und Kooperation zu empfehlen.

## **7. Familien als Manipulationsmasse**

Neben der Frage nach der Stellung, besser: Nicht-Stellung der „Familie“ in der gegebenen Krankenhausversorgung musste vor allem auch nach denjenigen Prozessen in der Familienentwicklung gefragt werden, die von Bedeutung für die Gesundheitslagen in der Gesellschaft sind und die noch gar nicht in den Wahrnehmungshorizont der Krankenhausversorgung geraten sind: Massenphänomen Scheidung und seine Gesundheitsfolgen; De-Thematisierung der Männergesundheit; Gesundheitsbedarf und Gesundheitsbeitrag der Migrantenbevölkerung; Defizite der Gesundheitsversorgung der Kinderbevölkerung, etc.

Umgekehrt verlangte der weiter zunehmende Druck der Bundesregierungen, der Kassenverbände und der Bundesländer auf die Krankenhäuser, sich als gewinnorientierte Unternehmen aufzustellen, insbesondere die stufenweise Einführung der Fallpauschalenfinanzierung, das Thema „Familie und Krankenhaus“ nun in Gestalt der Etablierung von „Beratungs- und Behandlungszentren“ mit familienbezogener Aufgabenstellung weiter zu verfolgen: Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. konzentrierte sich daher im vergangenen Jahrzehnt auf die Empfehlung und den Mitaufbau von Zentren für Frauen, Mutter und Kind; Zentren für Männergesundheit und Zentren für Älterengesundheit an kleinen und mittleren Krankenhäusern.

Ohne Zweifel ist das Thema „Familie und Krankenhaus“ besonders geeignet, das für den kapitalistischen Sozialstaat in Deutschland kennzeichnende Hin- und Herspielen von Lebenslagen, Bevölkerungsgruppen etc. zwischen den verschiedenen „Zuständigkeiten“ wie Gesundheitspolitik, Pflegepolitik, Familienpolitik, Bildungspolitik, Sozialpolitik, Regionalpolitik transparent zu machen und die diesen Spielen zu Grunde liegende Logik der Manipulation, Instrumentalisierung und Formierung des Alltagslebens aufklären.

## **Die Autoren**

Prof. (Gast) Albrecht Goeschel  
Staatliche Universität Rostov  
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale Verona  
Lebt in Marquartstein a. Chiemsee  
mail@prof-goeschel.com

Dipl.-Soz. Michael Teumer  
Krankenhausgesellschaft Sachsen  
Lebt in Leipzig  
m.teumer@web.de

## **Verwertungsrechte**

Alle Rechte der Wiedergabe und  
Weiterverbreitung bei  
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale Verona  
mail@accademiaistituto.eu