

Texte zur Krankenkassenforschung

Albrecht Goeschel  
Margarete Landenberger  
Gerd-Uwe Watzlawczik

**AUSWIRKUNGEN DER KOSTENDÄMPFUNG  
AUF DIE  
BESCHÄFTIGUNG IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT  
UND AUF DEN  
WETTBEWERB IN DER KRANKENVERSICHERUNG**

15. August 1991

Veröffentlicht in:  
**Sozialer Fortschritt**  
Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik  
Herausgegeben von der Gesellschaft für  
Sozialen Fortschritt e.V.  
August 1991

<b>Einleitung</b>	5
1. <b>Beschäftigungsdämpfung in der Gesundheitswirtschaft führt nicht unbedingt zu Beschäftigungsausweitung in der sonstigen Dienstleistungswirtschaft</b>	7
2. <b>Politisch-institutionelle Durchdringung als Voraussetzung für die besondere beschäftigungspolitische Eignung und Empfindlichkeit der Gesundheitswirtschaft</b>	10
3. <b>Dienstleistungslücke in der Bundesrepublik Deutschland als Folge zu geringen Beschäftigungswachstums in der Gesundheitswirtschaft</b>	12
4. <b>Vergrößerung der Dienstleistungslücke in den norddeutschen Ballungsregionen durch zu geringes Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft</b>	15
5. <b>Negativwirkungen der Kostendämpfung auf die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft</b>	17
6. <b>Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft als Positivbeitrag zur Kostendämpfung</b>	19
7. <b>Krankenkassengliederung als Hindernis und als Auslöser für die Kostendämpfung in der Gesundheitswirtschaft</b>	27
8. <b>Kostendämpfungspolitik als Ursache für Kostensteigerungen durch Fehlentwicklungen in der Gesundheitswirtschaft</b>	34
<b>Zusammenfassung</b>	40

## Einleitung

Zentraler Leitgedanke der seit den siebziger Jahren praktizierten Kostendämpfungspolitik ist der Abbau von Überkapazitäten in der Gesundheitswirtschaft. Dies umfaßt auch den Abbau von überschüssigem Personal.<sup>1</sup> Der vorläufige Höhepunkt dieser Kostendämpfungspolitik, das Gesundheitsreformgesetz vom Ende der achtziger Jahre, wurde ganz in diesem Sinne vor allem mit der Notwendigkeit begründet, Überkapazitäten umzuschichten und abzubauen und dadurch die Gesundheitsausgaben und die Krankenkassenbeitragsätze abzuflachen.<sup>2</sup> Ausdrückliches Ziel war es dabei, durch eine Begrenzung der Lohnzusatzkosten bessere Voraussetzungen für mehr Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft zu bewirken. Die Zielalternative einer Beschäftigungsausweitung in der Gesundheitswirtschaft durch Strukturverbesserungen in diesem Bereich wurde ausdrücklich ausgeschlossen.<sup>3</sup>

Während in der Argumentation der Kostendämpfungspolitik seit langem die Krankenhauskapazitäten und damit auch die dortigen Personalkapazitäten als besonders überdimensioniert herausgestellt werden,<sup>4</sup> ist in eben diesem Krankenhausbereich, aber auch im Altenpflegebereich, mittlerweile ein dramatischer Pflegenotstand, d.h. ein hohes Personaldefizit entstanden.<sup>5</sup> Dies wirft die Frage auf, inwieweit der gegenwärtig diagnostizierte "Pflegenotstand" auch eine Konsequenz der bisherigen "Kostendämpfung" ist. Darüber hinaus kann die Frage gestellt werden, ob, wo und inwieweit ein Abbau von personellen Überkapazitäten in der Gesundheitswirtschaft erfolgt ist. Ebenso ist zu fragen, ob dabei dann weniger, gleich viel oder mehr Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft ermöglicht wurde, als an Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft unterbunden worden ist.

---

<sup>1</sup> Beispielhaft kann hier auf die immerwiederkehrenden Hinweise des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen bzw. des späteren AOK-Bundesverbandes auf die Überkapazitäten in der Gesundheitswirtschaft verwiesen werden. Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Diskussionspapiere zum Ortskrankenkassentag 1977, Teil: Planung und Steuerung in der Krankenversicherung, Bonn, o.J., S. 11; AOK-Bundesverband (Hrsg.): Ortskrankenkassentag 1983, Bonn 1984, S. 53, 62 und 70 sowie AOK-Bundesverband (Hrsg.): Standpunkt: Reform des Gesundheitswesens, Bonn, 1988, S. 4.

<sup>2</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Referentenwurf zum Gesundheitsreformgesetz, Begründung, Bonn, 20. Januar 1988, S. 1.

<sup>3</sup> Vgl. ebda., S. 9.

<sup>4</sup> Vgl. AOK-Bundesverband (Hrsg.): Standpunkt: Reform des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 4 ff.

<sup>5</sup> Vgl. Alber, Jens: Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstands in der Bundesrepublik, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln, Discussion Paper 90/3, Köln.

Eine solche komplexe Analyse der Auswirkungen der Kostendämpfung auf die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft und in der Gesamtwirtschaft würde der Forderung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nach verstärkter Erforschung der gesamtwirtschaftlichen Effekte der Krankenkassenausgaben, d.h. der Effekte für Investitionen, Beschäftigung und Einkommen entsprechen.<sup>6</sup> Bislang gibt es lediglich vereinzelte Darstellungen zur Kostendämpfungspolitik, die vorrangig deren Gesamtverlauf<sup>7</sup> und nur in Einzelstudien bzw. im Zusammenhang anderer Untersuchungen auch deren Beschäftigungswirkungen behandeln.<sup>8</sup> Die nachfolgende Ausarbeitung will daher einen ersten Beitrag zu den bislang fehlenden umfassenden Untersuchungen der Beschäftigungswirkungen der Kostendämpfungspolitik leisten.

Dabei wird die nachfolgende Untersuchung nicht bei den Beschäftigungswirkungen der Kostendämpfungspolitik stehenbleiben. Sie wird an kreislaufökonomische Überlegungen zur Krankenversicherung<sup>9</sup> anknüpfen und die Frage stellen, welche Wirkungen die Kostendämpfungspolitik für den Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Kassenarten hat. Damit wird in die Betrachtungen einbezogen, daß jeder Abbau und jede Umschichtung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft immer auch Veränderungen in der dortigen Beschäftigungs- und Berufsstruktur bedeuten. Unter den Bedingungen des in unterschiedliche Kassenarten gegliederten Krankenversicherungssystems sind mit Veränderungen der Beschäftigungs- und Berufsstruktur in der Gesundheitswirtschaft auch Veränderungen der Beitragsaufkommen verbunden, die den unterschiedlichen Kassenarten von den beitragspflichtigen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft zufließen. Kostendämpfung hat damit nicht nur Wirkungen für die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft, sondern auch für den Wettbewerb zwischen den Kassenarten um Beitragseinnahmen.

---

<sup>6</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1988 - Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1988, S. 73 ff. und 173 ff.

<sup>7</sup> Vgl. Berg, Heinz: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen: 1977-1984 Hrsg. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, St. Augustin 1986,

<sup>8</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Auswirkungen des Gesundheits-Reform-Gesetzes (GRG) auf die Landeshauptstadt München. Untersuchung im Auftrag der Landeshauptstadt München, Marquartstein 1988; Lange/Watzlawczik: Beschäftigungswirkungen der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. In: Universität München, Sonderforschungsbereich Entwicklungsperspektiven von Arbeit: Mitteilungen, München (1990), H. 2, S. 434; Schmidbauer, Gertraud: Spielräume und Einschränkungen für eine regionalorientierte Gesundheitspolitik. Eine Bewertung der neuen Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik. In: Informationen zur Raumentwicklung, Bonn (1985), H. 3/4, S. 187 ff. sowie Schreyer, Ralf; Zum Einfluß der staatlichen Leistungserstellung auf die Beschäftigung. In: RWI-Mitteilungen, Berlin (1988), Jg. 39, S. 253 ff.

<sup>9</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Sozialtransfers als Faktoren des Ausgleichs oder der Verstärkung regionaler Disparitäten. In: Goeschel/Harms (Hrsg.): Raumordnung und Sozialpolitik, Frankfurt am Main 1988, S. 29 ff.

1. **Beschäftigungsdämpfung in der Gesundheitswirtschaft führt nicht unbedingt zu Beschäftigungsausweitung in der sonstigen Dienstleistungswirtschaft**

In der Literatur wird die Kostendämpfungspolitik und die ihr übergeordnete Beitragssatzstabilitätspolitik als Staatsintervention in den Dienstleistungssektor behandelt. So betrachtet der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Ausdehnung des Gesundheitssektors durchaus auch als Teilentwicklung des allgemeinen Strukturwandels in Richtung Dienstleistungsgesellschaft.<sup>10</sup> Gleichzeitig hebt der Sachverständigenrat aber die Möglichkeit hervor, daß durch einen gesundheitsversorgungsbedingten Anstieg der Lohnnebenkosten der Faktor Arbeit weiter verteuert und dadurch das Wachstum des arbeitsintensiven Dienstleistungssektors behindert wird.<sup>11</sup> Er betrachtet daher die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssektor als wichtige Voraussetzung für das weitere allgemeine Dienstleistungswachstum.<sup>12</sup> Kostendämpfung soll, wenn Wirtschaftlichkeitsreserven durch Strukturreformen von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung nicht durchsetzbar sind, in Form einnahmeorientierter Ausgabenpolitik das letzte Mittel der Intervention sein.<sup>13</sup> Insbesondere soll dabei direkt oder indirekt eine Steuerung des Angebots an Erwerbspersonen im gesundheitswirtschaftlichen Bereich des Dienstleistungssektors erreicht werden.<sup>14</sup>

Demgegenüber wird in der dienstleistungsökonomischen Diskussion gerade der gesundheits- und sozialwirtschaftliche Zweig der Dienstleistungen als derjenige Bereich betrachtet, in dem

---

<sup>10</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1987 - Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1987, S. 79 sowie ders. (Hrsg.): Jahresgutachten 1988 - Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden Baden 1988, S. 74. Ähnlich auch: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Jahresgutachten 1985/86 - Auf dem Weg zu mehr Beschäftigung. Stuttgart 1985, S. 168 ff.

<sup>11</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1988 - Medizinische und ökonomische Orientierung, a.a.O., S. 74.

<sup>12</sup> Vgl. Fußnote 10.

<sup>13</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1989 - Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, S. 48 ff.

<sup>14</sup> Vgl. ebda., S. 101.

die weitreichendsten positiven Wachstums- und vor allem Beschäftigungseffekte<sup>15</sup> sowie Regionalausgleichswirkungen<sup>16</sup> erzielt werden können und in den daher bevorzugt öffentliche Finanzmittel gelenkt werden sollten.<sup>17</sup> Während der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zumindest zunächst von der pauschalen Annahme ausging, daß die in der Gesundheitswirtschaft eingesparten Mittel für Investitionen und Konsum sozusagen zwangsläufig und selbstverständlich in andere Zweige der Dienstleistungswirtschaft wandern und dort zusätzliche Wertschöpfung und Beschäftigung bewirken<sup>18</sup>, wird in der dienstleistungsökonomischen Fachdiskussion eine sehr viel differenziertere Position vertreten. Insbesondere wird als spezifische Eigenschaft der medizinischen und sozialen Dienstleistungen deren besondere Eignung zur Umsetzung öffentlicher Mittel in Dienstleistungswertschöpfung und Dienstleistungsbeschäftigung herausgearbeitet. Das erwünschte Dienstleistungswachstum wird von der Dienstleistungsökonomie jeweils nicht anhaltend und überall, sondern nur dort für möglich angesehen, wo es entweder unmittelbar als Produktivitätssteigerung wirkt oder im Kostenniveau unter dem durchschnittlichen Kostenniveau der anderen Wirtschaftssektoren bzw. Wirtschaftstätigkeiten bleibt.<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup> Vgl. Einem v., Eberhard: Dienstleistungen und Beschäftigungsentwicklung. Discussion Paper. Wissenschaftszentrum Berlin, 1986, S. 32 ff.; Hoffmann, Edeltraud: Beschäftigungstendenzen im Dienstleistungssektor der USA und der Bundesrepublik Deutschland. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Stuttgart (1988), H. 2, S. 243 ff.; Krupp, Hans-Jürgen: Der Strukturwandel zu den Dienstleistungen und Perspektiven der Beschäftigungsstruktur. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Stuttgart (1986), H. 1, S. 145 ff. bes. 153 ff.; Prognos AG: Soziale Dienstleistungen als Träger potentiellen Wachstums und ihr Beitrag zum Abbau der längerfristigen Arbeitslosigkeit. Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981, S. 11 ff.; Stille, Frank: Strukturwandel und Dienstleistungen, In: DIW-Wochenbericht, Berlin (1987), H. 34, S. 460 ff.; Riede et al: Soziale Dienstleistungen im Wohlfahrtsstaat - Vergleichende Analysen zur Beschäftigung im Arbeitsmarktsegment soziale Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland und den USA. In: Soziale Welt, Göttingen (1988), H. 3, S. 2~2 ff., sowie Zweig, Gerhard: Umrisse einer positiven Theorie der Sozialpolitik. In: Sozialer Fortschritt, Berlin (1988), H. 2, S. 25 ff.

<sup>16</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Gesundheitswirtschaft und Arbeitsmarkt: Beitrag des Gesundheitswesens zur Regionalentwicklung. In: Der Landkreis, Köln (1984), H. 4, S. 171 ff.; ders.: Freie Wohlfahrtspflege als Faktor der Regionalwirtschaft. In: Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung, Sankt Augustin (1987), H. 6, S. 166 ff. sowie Hellmich, Andrea: Allgemeine Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung als Instrument aktiver Arbeitsmarktpolitik - Ein Beitrag zur Wirkungsanalyse des arbeitsmarktpolitischen Programms der Bundesregierung für Regionen mit besonderen Beschäftigungsproblemen. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Stuttgart (1982), H. 3, S. 345 ff.

<sup>17</sup> Vgl. Hickel, Rudolf: Programmvorrat als Voraussetzung nachfrageorientierter Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik. In: Buttler et al.: Staat und Beschäftigung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Bd. 88, Nürnberg 1985, S. 337 ff.

<sup>18</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1987 - Medizinische und ökonomische Orientierung, a.a.O., S. 78 ff. Kritischer dann später ders. (Hrsg.): Jahresgutachten 1989 - Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, a.a.O., S. 48.

<sup>19</sup> Vgl. Heinze, Johannes: Jenseits der Drei-Sektoren-Hypothese: Zur Rolle der Dienstleistungen im Strukturwandel. In: IFO-Schnelldienst, München (1987), H. 14/15, S. 5 ff.

Daß gleichwohl das Dienstleistungswachstum weit über diese produktivitätssteigernden oder niedrigkostenabhängigen Bereiche hinaus erfolgt ist, wird vor allem auf den Zuwachs in der arbeitsintensiven Gesundheits- und Sozialwirtschaft und auf deren spezifische Finanzierungs- und Produktionsgegebenheiten zurückgeführt. So wird durch öffentliche Umlagefinanzierung der medizinischen und sozialen Dienstleistungen die mangelnde Kaufkraft für diese mittelbaren Produktivitätsfaktoren ausgeglichen.<sup>20</sup> Zugleich gelten zwar für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft vor allem im Bereich der freiberuflichen Erwerbstätigen und der akademisch ausgebildeten Beschäftigten vergleichsweise sehr hohe Einkommens- und damit Kostenniveaus, diesen steht aber bei der Großzahl der abhängig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ein unterdurchschnittliches Einkommensniveau und damit Personalkostenniveau gegenüber.<sup>21</sup> Die Prägung der Gesundheitswirtschaft durch hohe Anteile von Freiberuflern und Selbständigen an allen Erwerbstätigen einerseits und hohe Anteile von Ehrenamtlichen, Dienstverpflichteten und Frauen an den Beschäftigten andererseits bewirken zwar eine erhebliche Einkommensspreizung, ermöglichen jedoch insgesamt eine kostengünstige Dienstleistungserstellung in diesem Bereich, die zudem durch Umlagefinanzierung wachstumsfähig ist.

Sowohl die spezifische Umlagefinanzierung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft als auch die ausgeprägte korporatistische Verfassung der freiberuflich-selbständigen Berufsgruppen der Gesundheitswirtschaft und schließlich der hohe Anteil semiprofessioneller Qualifikationen bei den abhängig Beschäftigten in der auf weite Strecken öffentlichen oder intermediären Gesundheitswirtschaft wird in der Gesundheitsökonomie als besonders ausgeprägte "institutionelle" Überformung des Gesundheitsarbeitsmarktes hervorgehoben.<sup>22</sup> Ebenso geht die Arbeitstheorie, vor allem wegen der politischen Definition des jeweiligen Dienstleistungsbedarfs, von einem besonders ausgeprägten politisch-institutionellen Charakter der Gesundheits- und Sozialwirtschaft aus.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. ebda., S. 8.

<sup>21</sup> Vgl. Alber, Jens: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Politische Vierteljahresschrift, Opladen (1988), Sonderheft 18, S. 126; Bäcker, Gerhard: Sozialpolitik durch soziale Dienstleistungen - Zukunftsperspektiven des Sozialstaates. In: WSI Mitteilungen, Köln (1986), H. 3, S. 201 ff., bes. 205 ff.

<sup>22</sup> Vgl. Männer, Leonhard: Ökonomie des Arbeitsmarktes im Gesundheitswesen. In: Männer/Sieben (Hrsg.): Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen, Gerlingen 1987, S. 18 ff.

<sup>23</sup> Vgl. Schmid, Günther: Zur politisch-institutionellen Theorie des Arbeitsmarktes - Die Rolle der Arbeitsmarktpolitik bei der Wiederherstellung der Vollbeschäftigung. In: Politische Vierteljahresschrift, Opladen (1987), H. 2, S. 133 ff.

## 2. Politisch-institutionelle Durchdringung als Voraussetzung für die besondere beschäftigungspolitische Eignung und Empfindlichkeit der Gesundheitswirtschaft

Die beschriebene politisch-institutionelle Durchdringung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft macht diesen Teil der Dienstleistungswirtschaft stärker als andere Teilbereiche unmittelbar nutzbar für eine dienstleistungsorientierte Wachstums-, Struktur- und Beschäftigungspolitik.<sup>24</sup> Mit dieser besonderen Eignung ist aber zugleich auch eine hohe Anfälligkeit dieses Bereiches der Dienstleistungswirtschaft für politisch-institutionelle Fehlentscheidungen und Fehlentwicklungen gegeben.

So ist nach wie vor die Hauptrestriktion für eine dienstleistungsorientierte Wachstums-, Struktur- und Beschäftigungsstrategie in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft darin zu sehen, daß die maßgebliche Politik noch immer von einem betriebswirtschaftlich verengten Investitionsbegriff ausgeht und medizinische und soziale Dienstleistungen demnach als unproduktiver Konsum mißverstanden werden.<sup>25</sup>

Ein anderes Erschwernis ergibt sich aus dem Finanzzentrismus des Bundeshaushaltes, der bestrebt ist, durch vielfältige Verschiebetechniken zu seinen Gunsten Einsparungen im Bereich der medizinischen und sozialen Dienstleistungen zu realisieren und den in wachsendem Maße benötigten Aufwand für derartige Dienstleistungen auf die Bundesländer, Sozialversicherungsträger und Kommunalkörperschaften abzuwälzen.<sup>26</sup>

Eine besondere Barriere für eine dienstleistungsorientierte Wachstums-, Struktur- und Beschäftigungspolitik im Bereich der Gesundheits- und Sozialwirtschaft ist die Gliederung der Krankenversicherung in wachsende Zentralkassen und stagnierende bzw. rezessive Regional-kassen. Dabei häufen sich durch die alters- und berufsmäßige Selektion zwischen diesen Kas-senarten die Aufwendungen für die Gesundheitsversorgung vor allem für die älteren Versiche-ten bei den Regionalkassen. Demgegenüber kommen die Beitragszahlungen der Gesundheits-

---

<sup>24</sup> Vgl. ebda. Alber zeigt in einem internationalen Vergleich, daß mit einem höheren Grad der öffentlichen Finanzierung der nationalen Gesundheitswirtschaft auch verbesserte Möglichkeiten einer expansiven oder kontraktiven Steuerung des Gesundheitswesens verbunden sind. Vgl. Alber, Jens: A.a.O., S. 138 ff.

<sup>25</sup> Vgl. Prognos AG: A.a.O., S. 11 und 14,

<sup>26</sup> Vgl. ebda., S. 7 ff. und Schmidbauer, Gertraud: a.a.O., S. 187 ff.

beschäftigten vorrangig den Zentralkassen zugute.<sup>27</sup> Untersuchungen zeigen, daß demgemäß bei den Regionalkassen die positiven Wachstums-, Beschäftigungs- und damit auch Beitrags-einnahmewirkungen der Gesundheitswirtschaft aus der Wahrnehmung ausgeblendet sind.<sup>28</sup> Zuletzt ist auch die Konzipierung der Krankenversicherung als Arbeitnehmersversicherung und die Rekrutierung der Krankenkassenselbstverwaltungen ausschließlich aus dem Bereich der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, d.h. dem Bereich der Beitragszahler ein wesentlicher Faktor dafür, daß die Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft vorwiegend als Kosten betrachtet werden und sich die Kassenpolitik gegenüber der Gesundheitswirtschaft weniger als Leistungsgestaltung, sondern eher als Kostendämpfung darstellt. Dabei richtet sich die Kostendämpfungspolitik vorrangig gegen den Bereich der Pflegewirtschaft in Krankenhäusern, Heimen und ambulanten Diensten, deren Leistungen vorwiegend an nichterwerbstätige oder aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Personen gehen.<sup>29</sup> Während die Dienstleistungsökonomie eine Förderung der Wertschöpfung und der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft durch gezielten Einsatz der Personal- und Besoldungs- bzw. Tarifpolitik zum Abbau von zu hohen Akademikereinkommen in der Gesundheitswirtschaft vorschlägt,<sup>30</sup> erfolgt durch die gegebenen institutionellen Fehlentwicklungen insbesondere im Bereich der Krankenkassenorganisation eine genau entgegengesetzte Politik von Restriktionen gegenüber dem Ausbau des durch niedrige Einkommen gekennzeichneten Pflegepersonals.<sup>31</sup>

Zwar benennt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion die beschriebenen politisch-institutionellen Fehlentscheidungen und Fehlentwicklungen wie bspw. die mangelnde Berücksichtigung der investiven Komponenten der Sozialaufwendungen oder die Neigung, den Bundeshaushalt durch Einsparungen bei den Sozialaufwendungen zu entlasten.<sup>32</sup> Der Rat erkennt auch die Zusammenhänge von Krankenkassengliederung und ungleichmäßiger Kosten-

---

<sup>27</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Die Bedeutung der Krankenkassenstrukturen für die Krankenhauswirtschaft in der Region. Manuskript für das Institut für Medizinische Soziologie der Universität Münster, November 1990.

<sup>28</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Beschäftigungswirkungen der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen: Anmerkungen zu den Wahrnehmungsstrukturen der gesundheitspolitischen Akteure. Manuskript für den Sonderforschungsbereich Entwicklungsperspektiven von Arbeit der Universität München, Dezember 1989, S. 10 ff. sowie Prognos AG: A.a.O., S. 381 ff.

<sup>29</sup> Vgl. Alber, Jens: Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik Deutschland. Manuskript für das Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln, Februar 1990, S. 16 ff., bes. 23 sowie Holz, Gerda: Die Alterslast - ein Gewinn für andere? Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin 1990, S. 8, 88 ff., 130 ff. und 221 ff.

<sup>30</sup> Vgl. Krupp, Hans-Jürgen: A.a.O., S. 154 ff.

<sup>31</sup> Vgl. Fußnote 29.

<sup>32</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahrgutachten 1989 - Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, a.a.O., S. 46 ff., 50 ff. und 55.

entwicklung in der Gesundheitswirtschaft<sup>33</sup> sowie die einseitige Belastung bestimmter Gruppen innerhalb der Versichertenschaft, insbesondere der Teilgruppe der Erkrankten.<sup>34</sup> Im Unterschied zur Dienstleistungsökonomie faßt der Rat diese Fehlentwicklung jedoch nicht als ins Gegenteil verkehrte Bestätigung für eine besondere Eignung der gesundheits- und sozialwirtschaftlichen Dienstleistungen für eine dienstleistungsorientierte Wachstums-, Struktur- und Beschäftigungspolitik auf, die einen kontrollierten und gezielten Einsatz öffentlicher Mittel erlaubt. Der Rat vertrat statt dessen zunächst die dienstleistungsökonomisch undifferenzierte Annahme, daß Mittel, die im gesundheits- und sozialwirtschaftlichen Teilbereich der Dienstleistungswirtschaft eingespart werden, "automatisch" anderen Bereichen der Dienstleistungswirtschaft zugutekommen. Demgegenüber wird in der gesundheitsökonomischen Literatur darauf hingewiesen, daß aus kreislauf-ökonomischer Sicht und bei gegebener Unterbeschäftigung keineswegs mit einer vollständigen Kompensation der in der Gesundheitswirtschaft eingesparten Mittel zu rechnen ist. Vielmehr ist eher von einem gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungsrückgang als Folge von Kostendämpfungsmaßnahmen auszugehen.<sup>35</sup> Dienstleistungsökonomische Untersuchungen haben gezeigt, daß gerade im medizinischen und sozialen Dienstleistungssektor eine besonders schwache Verkoppelung von Beschäftigungsverlusten in einem Teil des Dienstleistungsbereiches mit Beschäftigungsgewinnen in anderen Teilen des Dienstleistungsreiches besteht.<sup>36</sup>

### **3. Dienstleistungslücke in der Bundesrepublik Deutschland als Folge zu geringen Beschäftigungswachstums in der Gesundheitswirtschaft**

Ob und inwieweit die besondere Eignung der Gesundheitswirtschaft für eine dienstleistungsorientierte Wachstums-, Struktur- und Beschäftigungspolitik in den zurückliegenden Jahrzehnten

---

<sup>33</sup> Vgl. ebda., S. 101.

<sup>34</sup> Vgl. ebda., S. 56.

<sup>35</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt: Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich und ihre Entwicklung seit 1970. Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1978, S. 76 ff. sowie U1rich/Wille: Zur Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Preis- und Mengeneffekte von Behandlungsarten. In: Finanzarchiv, Tübingen (1989), H. 3, S. 361 ff., bes. 386 sowie Wille/U1rich: Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zur Veröffentlichung vorgesehene Manuskript, Universität Mannheim, 1990, S. 82 ff.

<sup>36</sup> Vgl. Mutz, Gerd: Arbeitslosigkeit in der Dienstleistungsgesellschaft. In: Soziale Welt, Göttingen 1987, H. 3, S. 256 ff., bes. S. 261 ff.

in der Bundesrepublik Deutschland genutzt worden ist oder ob die Gesundheitswirtschaft infolge ihrer besonderen politischen-institutionellen Empfindlichkeit durch Fehlsteuerungen und Fehlentwicklungen zu wenig zur Weiterentwicklung des Dienstleistungsbereiches in der Bundesrepublik Deutschland beitragen konnte, kann zunächst durch internationale Vergleiche näherungsweise festgestellt werden.

Für die Bundesrepublik Deutschland kann von einer generellen Dienstleistungslücke in der Entwicklung und Aufteilung von Wertschöpfung und Beschäftigung ausgegangen werden: Die übrigen Industrienationen zeigen seit den sechziger Jahren einen deutlichen Vorsprung beim Anteil des Dienstleistungsbereiches an der Wertschöpfung und an der Beschäftigung.<sup>37</sup> Dabei wird die zwar insgesamt schwächere Dienstleistungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland gleichwohl in hohem Maße durch die Gesundheitswirtschaft getragen<sup>38</sup>, jedoch bleiben der Beschäftigungsanteil und das Beschäftigungswachstum der Gesundheitswirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland hinter anderen Industrienationen zurück.<sup>39</sup> Die vorliegenden Untersuchungen lassen keinen Zweifel daran, daß die Bundesrepublik Deutschland zumindest bis Anfang der achtziger Jahre eine allgemeine Beschäftigungslücke im Bereich der Dienstleistungen aufweist und daß hieran die unzureichende Beschäftigungsausweitung an der Gesundheitswirtschaft einen gewichtigen Anteil hat, weil das Beschäftigungswachstum der Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland in besonderem Maße von der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft abhängig ist. Ein Vergleich des Beschäftigungsanteils und des Beschäftigungszuwachses des Gesundheitswesens mit den übrigen westlichen Industrienationen zeigt die Bundesrepublik Deutschland auf einem der letzten Plätze.

Übersicht 1: Beschäftigtenanteil und Beschäftigtenzuwachs des Gesundheitswesens an der Erwerbsbevölkerung in den Industrienationen

Übersicht 1:

---

<sup>37</sup> Vgl. Hoffmann, Edeltraud: A.a.O., S. 243, 247 ff. und Krupp, Hans Jürgen: A.a.O., S. 145 ff., bes. S. 147 ff.

<sup>38</sup> Vgl. Einem v., Eberhard: A.a.O., S. 32 ff.; Hoffmann, Edeltraud: A.a.O., S. 253 und Türk, Klaus: Beschäftigungsumschichtungen in der Bundesrepublik Deutschland 1978-1983. In: Soziale Welt, Göttingen (1987), H. 1, S. 110 ff. bes. S. 113.

<sup>39</sup> Vgl. Alber, Jens: A.a.O., S. 120 ff.; Hoffmann, Edeltraud: A.a.O., S. 248; Krupp, Hans-Jürgen: A.a.O., S. 148 ff. und Riede et al.: A.a.O., S. 300 ff.

**Beschäftigtenanteil und Beschäftigtenzuwachs  
des Gesundheitswesens an der  
Erwerbsbevölkerung in den Industrienationen**

Gesundheitsbeschäftigte	Anteil der Beschäftigten des Gesundheits- wesens an der Erwerbsbevölkerung ca. 1982	Zuwachs der Beschäftigten des Gesundheits- wesens an der Erwerbsbevölkerung ca. 1960 bis 1982
Länder	In Prozent	
Norwegen	10,2	6,3
Schweden	7,8	4,6
Niederlande	7,1	3,2
Australien	7,0	3,9
Finnland	5,9	3,7
Neuseeland	5,7	Keine Angabe
Schweiz	5,6	3,2
Vereinigte Staaten	5,3	2,8
Großbritannien	5,2	2,8
Irland	5,0	Keine Angabe
Kanada	4,9	2,5
Dänemark	4,8	2,0
Belgien	4,5	3,0
Frankreich	4,5	2,3
Spanien	3,0	Keine Angabe
Japan	2,9	1,6
Italien	2,6	1,9
Portugal	2,4	1,5
<b>Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>2,2</b>	<b>1,1</b>
Griechenland	2,0	0,7
Österreich	Keine Angabe	Keine Angabe

Quelle: Alber, Jens: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Politische Vierteljahresschrift. Opladen (1988), Sonderheft 19, S. 122 und S. 123.

#### 4. Vergrößerung der Dienstleistungslücke in den norddeutschen Ballungsregionen durch zu geringes Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft

Nicht nur auf die bisherige Bundesrepublik Deutschland insgesamt bezogen ist der zurückgebliebene Zuwachs der Gesundheitsbeschäftigung eine Hauptursache der bestehenden Dienstleistungslücke. Vielmehr zeigen dabei gerade die Ballungsregionen gegenüber den Verdichtungsansatz- und Landregionen der bisherigen Bundesrepublik Deutschland einen niedrigeren Anteil und einen schwächeren Zuwachs an Gesundheitsbeschäftigung. Gerade diese Ballungsregionen tragen aber die Hauptlast des anhaltenden Rückganges der Industriebeschäftigung, ohne daß dies durch eine entsprechend ausgeprägtere Beschäftigungsdynamik im Dienstleistungsbereich ausgeglichen wird.

Dabei sind die norddeutschen Ballungsregionen noch zusätzlich dadurch benachteiligt, daß die produktionsnahen Dienstleistungen dort schwächer als in den süddeutschen Ballungsregionen expandiert haben.<sup>40</sup> In den beschäftigungsschwachen norddeutschen Ballungsregionen haben aber nicht nur die produktionsnahen Dienstleistungen unzureichend expandiert, vielmehr ist dort auch der Zuwachs der Gesundheitsbeschäftigung mehrheitlich hinter dem Zuwachs an Gesundheitsbeschäftigung in den beschäftigungsstarken süddeutschen Wachstumsregionen, aber auch im Durchschnitt aller Regionen zurückgeblieben. Ohne den schon vor dem Betrachtungszeitraum höheren Anteil der Gesundheitsbeschäftigung an der Gesamtbeschäftigung in diesen norddeutschen Schrumpfungsregionen wäre die dortige Dienstleistungslücke infolge der zu geringen Zunahme der Gesundheitsbeschäftigung noch größer.

Übersicht 2: Beschäftigtenanteil und Beschäftigtenzuwachs des Gesundheitswesens an allen Beschäftigten in den Regionen

---

<sup>40</sup> Vgl. Reissert et al.: Mehr Arbeitsplätze durch Dienstleistungen? - Ein Vergleich der Beschäftigungsentwicklung in den Ballungsregionen der Bundesrepublik Deutschland. Discussion Paper. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Dezember 1984, S. 98 ff.

## Übersicht 2:

**Beschäftigtenanteil und Beschäftigtenzuwachs  
des Gesundheitswesens an allen Beschäftigten in den Regionen**

Gesundheitsbeschäftigte Regionen	Anteil der Beschäftigten des Gesundheitswesens an allen Beschäftigten 1988	Zuwachs der Beschäftigten des Gesundheitswesens 1977 bis 1988
	In Prozent	
<b>Alle Ballungsregionen</b>	5,3	+ 32,5
<b>Übrige Regionen</b>	6,3	+ 45,6
<b>Wachstumsregionen <sup>1</sup></b>		
Rhein-Neckar <sup>3</sup>	6,0	+ 38,8
München	5,5	+ 41,5
Frankfurt am Main	4,5	+ 30,9
Nürnberg	3,9	+ 44,8
Stuttgart	3,7	+ 35,9
<b>Schrumpfungsregionen <sup>2</sup></b>		
Berlin	8,2	+ 19,5
Bremen	6,2	+ 29,4
Essen	6,2	+ 41,7
Hannover	5,7	+ 26,8
Hamburg	5,2	+ 27,3
Köln	5,2	+ 32,4
Düsseldorf	4,5	+ 36,8

1) Ballungsregionen mit durchschnittlichem oder überdurchschnittlichem Zuwachs aller Beschäftigten gegenüber dem Mittelwert aller Ballungsregionen 1977 bis 1988.

2) Ballungsregionen mit unterdurchschnittlichem Zuwachs aller Beschäftigten gegenüber dem Mittelwert aller Ballungsregionen 1977 bis 1988.

3) Arbeitsamtsbezirke Heidelberg, Landau, Ludwigshafen und Mannheim.

Quelle: Ressert et al.: Mehr Arbeitsplätze durch Dienstleistungen? - Ein Vergleich der Beschäftigungsentwicklung in den Ballungsregionen der Bundesrepublik Deutschland. Discussion Paper Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 1989, S. 17 und S. 114 ff.

## 5. Negativwirkungen der Kostendämpfung auf die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft

Die vielschichtigen institutionellen und funktionellen Verflechtungen in und zwischen Gesundheitswirtschaft, Krankenversicherung und Sozial- bzw. Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland erlauben es nicht, positive oder negative Effekte der Kostendämpfung auf die Gesundheitsbeschäftigung in einem einfachen Zweck-Mittel-Schema ausdrücklich gewollter Zielsetzungen und erreichter, nicht erreichter oder ungewollter Auswirkungen bestimmter Politikprogramme zu beschreiben. Die sozialwissenschaftliche Wirkungsforschung legt es statt dessen eher nahe, gerade im Bereich der Gesundheitswirtschaft, der Krankenversicherung und der Sozial- bzw. Gesundheitspolitik nach Gewichtsverlagerungen und Richtungsänderungen Ausschau zu halten, die sich durch bestimmte politische Programme und Maßnahmen gleichzeitig an verschiedenen Stellen dieses komplexen Kräftefeldes ergeben.<sup>41</sup> Besonderes Augenmerk ist dabei auf Selektivitäten zu richten, d.h. darauf, ob und wie durch sozial- bzw. gesundheitspolitische Programme die politische, institutionelle und ökonomische Position bestimmter Ebenen, Bereiche oder Gruppen überhaupt nicht oder nur randweise beeinflusst wird, während sich gleichzeitig die Position anderer Ebenen, Bereiche oder Gruppen im Zuge bestimmter Programme nachhaltig positiv oder negativ verändert.<sup>42</sup> Dies gilt insbesondere auch für die Wirkungen, die von augenfälligen Handlungsverzichten der Sozial- und Gesundheitspolitik zugunsten oder zu Lasten bestimmter Ebenen, Bereiche der Gruppen ausgehen.<sup>43</sup>

Aus dieser Sicht ist es zunächst von Bedeutung, daß in den achtziger Jahren zwar die Kassenärzte sowie auch die Krankenhausärzte einen hohen und ungebrochenen Zuwachs aufweisen, das nichtärztliche Krankenhaus- und Krankenpflegepersonal jedoch einen demgegenüber nur bescheidenen Zuwachs zu verzeichnen hat.<sup>44</sup> Während eines Jahrzehnts praktizierter Kostendämpfungspolitik kam es demnach zu einem zwischen der Gruppe der Ärzte und der Gruppe

---

<sup>41</sup> Vgl. Lenhardt/Offe: Staatstheorie und Sozialpolitik. In: Ferber/Kaufmann (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Opladen 1977, Sonderheft 19, S. 98 ff.

<sup>42</sup> Vgl. Heinze, Rolf: Politische Regulierung sozialer Ungleichheit. In: Krüger/Strasser (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Sozialpolitik, Regensburg 1986, S. 93 ff.; Krüger, Jürgen: Soziale Ungleichheit, Sozialpolitik und Sozialwissenschaft. In: Krüger/Strasser (Hrsg.): A.a.O., S. 13 ff. sowie Mayntz, Renate: Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme. In: Ellwein et al. (Hrsg.): Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, Band 1, Baden-Baden 1986, S.

<sup>43</sup> Vgl. Blanke et al.: Staatliche Sozialpolitik und die Regulierung der Nichterwerbstätigkeit. In: Leviathan, Opladen 1987, Sonderheft 8, S. 296 ff.

des Krankenhaus- und Krankenhauspflegepersonals deutlich asymmetrischen Beschäftigungswachstum. Untersuchungen über die Entwicklung der Beschäftigung im Bereich der Pflegeversorgung zeigen, daß diese asymmetrische Entwicklung eng mit den institutionellen Strukturen der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland verbunden ist, die eine einseitige Orientierung der Kostendämpfungspolitik zu Lasten der Beschäftigung im Bereich der Pflegeversorgung beinhalten.<sup>45</sup>

Aufmerksamkeit verdient aber vor allem auch der Umstand, daß trotz der deutlich zurückbleibenden Zunahme der Personalkapazitäten im Krankenhausbereich dort die Ausgabenentwicklung in geringerem Maße als im Arztpraxenbereich abgedämpft werden konnte. Als Ursache hierfür benennt die Literatur gerade die ungenügende Ausweitung der Personalkapazitäten in der krankenhausesentlastenden Pflegeversorgung.<sup>46</sup> Während eines Jahrzehnts praktizierter Kostendämpfungspolitik kam es demnach zu inversen Ausgaben- und Kostensteigerungen infolge ungenügenden Ausbaus der nichtärztlichen Pflegepersonalkapazitäten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.

Zuletzt ist auch nochmals daran zu erinnern, daß in den achtziger Jahren die Ballungsregionen einen gegenüber den übrigen Regionen niedrigeren Anteil und schwächeren Zuwachs an Gesundheitsbeschäftigung hatten. Dabei lag der Zuwachs der Gesundheitsbeschäftigung in den norddeutschen Ballungsregionen mehrheitlich unter dem in den süddeutschen Ballungsregionen sowie unter dem Durchschnittszuwachs aller Ballungsregionen.<sup>47</sup> In der Literatur wird gezeigt, daß offenbar das höhere Steueraufkommen der süddeutschen Ballungsregionen die Voraussetzung dafür war, daß dort die Gesundheitsbeschäftigung stärker als in den norddeutschen Ballungsregionen und als im Bundesdurchschnitt der Ballungsregionen zunehmen konnte.<sup>48</sup>

Die größere Finanzkraft der süddeutschen Ballungsräume hat den Spielraum geschaffen, um die mit der Tertialisierung der süddeutschen Ballungsregionen verbundene erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in einen zusätzlichen Ausbau der Gesundheitswirt-

---

<sup>44</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1988 - Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, a.a.O., S. 77.

<sup>45</sup> Vgl. Alber, Jens: Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik Deutschland. Manuskript für das Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln, Februar 1990, S. 7, 16 ff., bes. S. 23,

<sup>46</sup> Vgl. Berg, Heinz: A.a.O., S. 58 ff. und Prognos/Dornier: Angebot und Bedarf an Krankenpflegepersonal bis zum Jahre 2010. Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1989, S. 50 ff. und S. 57 ff.

<sup>47</sup> Vgl. Abschnitt 4 dieses Textes.

<sup>48</sup> Vgl. Reissert et al.: A.a.O., S. 67 ff., 102 sowie 106.

schaft umsetzen zu können.<sup>49</sup> Während eines Jahrzehnts praktizierter Kostendämpfungspolitik kam es demnach zu einer Verschärfung der regionalen Disparitäten in der Gesundheitsbeschäftigung.

Durch Handeln oder Unterlassen und damit bewirkte selektive Gewichtsverlagerungen und Richtungsänderungen in den komplexen Kräftefeldern von Gesundheitswirtschaft und Krankenversicherung hat die bisherige Kostendämpfungspolitik zumindest nicht verhindert, daß die Gruppe der Ärzte deutlich angewachsen und die Gruppe des Kranken- und Krankenhauspflegepersonals zurückgeblieben ist. Außerdem sind gerade wegen der schwachen Zunahme des Pflegepersonals die Krankenhausausgaben stärker als die Arztpraxenausgaben angestiegen. Und schließlich ist die Zunahme der Gesundheitsbeschäftigten stärker als zuvor von der unterschiedlichen Finanzkraft in den jeweiligen Regionen abhängig geworden. Die Kostendämpfungspolitik hat demnach wenig zu den angestrebten wirtschaftlichkeitsverbessernden Umschichtungen der Gesundheitsbeschäftigung beigetragen. Vielmehr hat sie nicht gewollte kostentreibende und versorgungsverschlechternde Verzerrungen in der Gesundheitsbeschäftigung begünstigt.

## **6. Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft als Positivbeitrag zur Kostendämpfung**

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt vorrangig durch Beitragsabschöpfung aus versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen und deren Entgeltansprüchen. Damit ist die Entwicklung des Erwerbstätigenpotentials, der Beschäftigungssituation, der Arbeitszeitstruktur, der Berufspositionen und der Einkommensverteilung von unmittelbarer Bedeutung für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer unterschiedlichen Kassenarten.<sup>50</sup> Mit etwa eineinhalb Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten stellt die Gesundheitswirtschaft ungefähr acht Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der bisherigen Bundesrepublik Deutschland.<sup>51</sup> Veränderungen des Erwerbstäti-

<sup>49</sup> Vgl. Postlep, Rolf-Dieter: Regionale Effekte höherwertiger Dienstleistungen. Hrsg.: Gesellschaft für Regionale Strukturentwicklung, Bonn 1982, S. 14 ff., S. 86 ff. und S. 100.

<sup>50</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1988 - Medizinische und ökonomische Orientierung, a.a.O., S. 68 ff. sowie ders., (Hrsg.): Jahresgutachten 1989 - Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, a.a.O., S. 56 ff.

<sup>51</sup> Vgl. eigene Berechnungen und Helmstädter, Ernst: Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung. Hrsg. Institut der deutschen Zahnärzte, Köln 1990, S. 81.

genpotentials, der Arbeitszeitstruktur, der Berufspositionen und der Einkommensverteilung in der Gesundheitswirtschaft, vor allem die Zunahme oder Abnahme der Beschäftigung in diesem Bereich haben daher beachtliche unmittelbare Auswirkungen auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, aus der wiederum die Gesundheitswirtschaft einen Hauptanteil ihrer Mittel erhält. Senkungen oder Abflachungen der Krankenkassenausgaben durch Beschäftigungsumschichtung oder Beschäftigungsabbau in der Gesundheitswirtschaft im Zuge von sozialpolitischen Kostendämpfungsstrategien können aus diesem Grunde zu Rückgängen bei den Krankenkassenbeitragseinnahmen führen. Umgekehrt können Erhöhungen des Anteils der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an allen Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft im Zuge von gesundheitspolitischen Verbesserungsstrategien Zunahmen bei den Beitragsaufkommen der Krankenkassen aus der Gesundheitswirtschaft bewirken.<sup>52</sup> Einnahmenverbesserungen der Krankenkassen tragen zur Beitragssatzstabilität bei. Durch ein verbessertes Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben kann die Zunahme der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen führen.

Vor diesem Hintergrund ist es von erheblicher Bedeutung, daß mit über 87 Prozent die weit überwiegende Mehrzahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft abhängig und vor allem sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigte und damit Krankenkassenbeitragszahler sind. Überdies zeigen gerade diejenigen Beschäftigtengruppen, die besonders hohe Anteile an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft haben, auch überdurchschnittlich hohe Quoten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse. Dies gilt in besonderem Maße für Krankenschwestern und Krankenpfleger, Sprechstundenkräfte, Alten-, Haus- und Familienpflegekräfte sowie Krankenversicherungsbeschäftigte.

Ein Vergleich mit den Vereinigten Staaten zeigt allerdings, daß der Anteil der abhängig Beschäftigten an allen Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft in der bisherigen Bundesrepublik Deutschland deutlich niedriger ist und noch erheblich ausgebaut werden könnte: In den

---

<sup>52</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Die freien Heilberufe als Selbstfinanzierungspotential der sozialen Krankenversicherung. Arbeitsberichte des Fachbereiches Wirtschaft- und Sozialwissenschaften der Universität Lüneburg 1989; ders.: Regionale Entwicklungsstrategien der sozialen Sicherung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Arbeitspolitik und soziale Sicherung, Bonn 1986, S. 53 ff. sowie Zweig, Gerhard: A.a.O., S. 25 ff., bes. S. 27.

Vereinigten Staaten lag der Anteil der abhängig Beschäftigten an allen Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft im Jahre 1984 bereits bei 96 Prozent.<sup>53</sup>

Von daher ist es interessant, welche Berufe und Bereiche der Gesundheitswirtschaft in den zurückliegenden Jahren von ihrem Strukturanteil und von ihrer Zuwachsrate her besonders zur Zunahme abhängiger Beschäftigungsverhältnisse in der Gesundheitswirtschaft beigetragen und damit durch Erhöhung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherung aus der Gesundheitswirtschaft einen positiven Beitrag zur Kostendämpfung und Beitragssatzstabilität geleistet haben.

Auch hier zeigt sich, daß der Schwerpunkt der Zunahme abhängiger Beschäftigung vom Anteil und Zuwachs her bei den Krankenschwestern und Krankenpflegern, den Sprechstundenkräften und den Alten-, Haus- und Familienpflegekräften liegt.

Dagegen zeigt die insgesamt nicht so anteilsstarke Gruppe der Ärztinnen und Ärzte zwar eine hohe Zuwachsrate bei den abhängig Beschäftigten, gleichzeitig nehmen aber auch die selbständig Erwerbstätigen bei dieser Gruppe deutlich zu. Zusätzlich ist zu bedenken, daß infolge des hohen Gehaltsniveaus der abhängig beschäftigten Ärztinnen und Ärzte und des damit verbundenen häufigen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze der dieser Beschäftigungszuwachs der gesetzlichen Krankenversicherung gerade nicht zugute kommt.

So gesehen hat die bislang praktizierte Kostendämpfungspolitik zumindest nicht verhindert, daß insgesamt die für die Selbstfinanzierung der Krankenversicherung aus der Gesundheitswirtschaft eher ungünstige Gruppe der Ärztinnen und Ärzte deutlich angewachsen ist, während die für die Selbstfinanzierung der Krankenversicherung besonders günstige Gruppe der Pflegeberufe zurückgeblieben ist. Ebenfalls hat die Kostendämpfungspolitik zumindest nicht verhindert, daß zusätzlich wegen zu schwacher Zunahme des Pflegepersonals in pflegerischen Entlassungsbereichen die Krankenhausaufgaben stärker als die Arztpraxenaufgaben gestiegen sind. Schließlich hat die Kostendämpfungspolitik die Abhängigkeit der Gesundheitsbeschäftigung von regionalen Finanzkraftunterschieden eher noch erhöht. Demnach hat die praktizierte Kos-

---

<sup>53</sup> Vgl. Hoffmann, Edeltraud: A.a.O., S. 256. Da diese Untersuchung den Bereich der Gebietskörperschaften bei der Gesundheitswirtschaft nicht berücksichtigt, kann sich zumindest ein Teil der festgestellten Unterschiede in

tendämpfungspolitik kostentreibende und versorgungsverschlechternde Verzerrungen nicht nur nicht verhindert, sondern eher begünstigt. Ihr eigentliches Ziel, nämlich eine Beitragssatzstabilisierung, wurde verfehlt. Beigetragen dazu hat, daß auf den Ausbau bedarfsgerechter Personalkapazitäten im Bereich sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verzichtet wurde. Damit einher ging der Verzicht auf zusätzliche Beitragseinnahmen für die Krankenversicherung und damit auf eine Verbesserung der Selbstfinanzierung der Krankenversicherung aus der Gesundheitswirtschaft.<sup>54</sup>

Übersicht 3: Selbständig Erwerbstätige und abhängig Beschäftigte  
in der Gesundheitswirtschaft der Bundesrepublik Deutschland

Übersicht 4: Entwicklung der selbständig Erwerbstätigen und abhängig  
Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft der Bundes-  
republik Deutschland

---

der Abhängigenquote zwischen den Vereinigten Staaten und der bisherigen Bundesrepublik Deutschland aus diesem Umstand erklären.

<sup>54</sup> Insgesamt hat die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheits- und Veterinärwesen zwischen 1980 und 1989 um etwa 30 Prozent zugenommen. - Vgl. Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.): Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit - ANBA, Nürnberg (1990), H. 5, S. 660.

## Übersicht 3:

**Selbständig erwerbstätige und abhängig Erwerbstätige  
in der  
Gesundheitswirtschaft der Bundesrepublik Deutschland**

Erwerbstätige */Beschäftigte  Berufe/Bereiche	Anteil der Berufe/Bereiche an allen Erwerbstätigen/ Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft 1988	Anteil der selbständig und mit-helfend Erwerbs-tätigen an allen Erwerbstätigen/ Beschäftigten des Berufes/Bereiches 1988	Anteil der abhängig Be-schäftigten ** an allen Er-werb-stätigen/Be-schäftigten des Berufes/Bereiches 1988
	In Prozent		
Krankenschwestern und Krankenpfleger <sup>1</sup>	30,7	7,3	92,7
Sprechstundenhelferinnen und -helfer	16,4	0	100
Ärztinnen und Ärzte	8,3	45,6	54,4
Altenpfleger, Haus- und Familienpfleger <sup>2</sup>	8,1	17,8	82,2
Krankenversicherungspersonal und Krankenversicherungsfachleute <sup>3</sup>	7,1	0	100
Herstellung von pharmzeut. Erzeugnissen <sup>4</sup>	4,6	0	100
Masseure, Krankengymnasten u.verw.Berufe <sup>5</sup>	4,2	27,6	72,4
Medizinallaborantinnen u.Medizinallaboranten	3,0	0	100
Zahntechnikerinnen u.Zahntechniker	2,7	9,4	90,6
Herst. v.med. u.orthopädiemech.Erzeugnis <sup>4</sup>	2,4	0	100
Zahnärztinnen und Zahnärzte	2,1	87,1	12,9
Apothekenhelferinnen und Apothekenhelfer	2,0	0	100
Großhandel m. pharmazeut. Erzeugnissen sowie Dental- und Laborbedarf <sup>6</sup>	2,0	1,1	98,9
Apothekerinnen und Apotheker <sup>7</sup>	2,0	45,5	54,5
Augenoptikerinnen und Augenoptiker <sup>8</sup>	1,5	22,3	77,7
Herst. elektromed.u.strahlentherap. Geräte <sup>9</sup>	1,1	0	100
Verarbeitendes Gewerbe der Augenoptik <sup>10</sup>	1,0	0	100
Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker	0,4	80,8	19,2
Orthopädieschumacher u. Orthopädiotechn. <sup>11</sup>	0,2	100	0
Einzelhanden m.med. u.orthop.Artikeln <sup>6</sup>	0,1	7,7	92,3
Hörgeräteakustikerinnen u. -akustiker <sup>12</sup>	0,02	100	0
Alle Berufe und Bereiche	100	12,5	87,5

### Zu Übersicht 3:

\*) Bei einer Reihe von Berufen bzw. Bereichen wurden die selbständig und mithelfend Erwerbstätigen dadurch ermittelt, daß von allen Erwerbstätigen sämtliche abhängig bzw. sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten abgezogen wurden. Umgekehrt wurde die Gesamtzahl der Erwerbstätigen in einzelnen Fällen auch durch Zusammenzählen von selbständig Erwerbstätigen mit sämtlichen abhängig bzw. sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten gewonnen. Hierbei kann es dann jeweils zu Untererfassungen kommen. Eine Umrechnung von Teilzeitkräften in Vollzeitkräfte erfolgte in der Regel nicht.

\*\*\*) Hier werden meist nur die sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten und nur selten sämtliche abhängig Beschäftigten aufgeführt.

1) In dieser Gruppe sind die Krankenschwestern, Krankenpfleger und Hebammen, die Helfer in der Krankenpflege sowie die Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten zusammengefaßt.

2) Personalbestand in den ambulanten sozialpflegerischen Diensten sowie in den stationären Altenpflegeeinrichtungen. In Vollzeitkräfte umgerechnet.

3) In dieser Gruppe sind die Krankenversicherungsfachleute außerhalb der Sozialversicherung und das Personal der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Eigenbetriebe zusammengefaßt.

4) Hier wurden alle Erwerbstätigen dieser Branche als abhängig bzw. sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigte betrachtet.

5) Die Zahl der medizinischen Badebetriebe wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt. Dieser Wert gilt für das Jahr 1985.

6) Die genannten Werte gelten für das Jahr 1983.

7) Unschärfen ergeben sich aus der Zuordnung der Apothekerassistentinnen und Apothekerassistenten.

8) Die Zahl der Augenoptiker-Betriebe wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt.

9) Die genannten Werte gelten für das Jahr 1984.

10) Ohne Augenoptikerhandwerk.

11) Die Zahl der Orthopädienschuhmacher- und Orthopädietechniker-Betriebe wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt. Dieser Wert gilt für das Jahr 1985. Die abhängig beschäftigten Orthopädienschuhmacher werden in der dreistelligen Beschäftigtenstatistik unter der Gruppe der Schuhmacher, die abhängig beschäftigten Bandagisten unter der Gruppe der Groblederwarenhersteller und die abhängig beschäftigten Orthopädiemechaniker und Chirurgiemechaniker unter der Gruppe der Feinmechaniker geführt. Sie sind hier nicht ausgewiesen.

12) Die Zahl der Hörgeräteakustiker-Betriebe wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt. Dieser Wert gilt für das Jahr 1983. Die abhängig beschäftigten Hörgeräteakustiker werden in der dreistelligen Beschäftigtenstatistik unter der Gruppe der Funk- und Tongerätetechnik geführt. Sie sind hier nicht ausgewiesen.

Quellen: Eigene Berechnungen, Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Berufsordnungen am 30.06.1980, Nürnberg o.J.; dies. (Hrsg.): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Berufsordnungen am 30.06.1988, Nürnberg o.J.; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1988, Bonn o.J.; Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1989, Stuttgart 1989, S. 237; dass. (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1983, Stuttgart 1983, S. 212; Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.): Basisdaten des Gesundheitswesens 1983/84, Frankfurt am Main 1983; ders. (Hrsg.) Basisdatei des Gesundheitswesens 1988/89, Frankfurt am Main 1989; Helmstädter, Ernst: Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung. Hrsg.: Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln 1990; Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: Teilarbeitsmarkt Kranken- und Altenpflege, Arbeitspapier, Nürnberg, November 1990; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1988 - Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1988, S. 127; ders. (Hrsg.): Jahresgutachten 1989 - Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, S. 77; Watzlawczik, Gerd-Uwe: Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft. Datensammlung des Sonderforschungsbereiches 333 der Universität München, München März 1990; Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Die Entwicklung auf dem Markt für Heil- und Hilfsmittel und deren Einflußfaktoren, Bonn 1981; dass.: Personalentwicklung im Gesundheitswesen 1976 bis 1980, Bonn 1983; Zentralverband des Deutschen Handwerks, Handwerksstatistiken sowie Zentralverband der Elektrotechnischen Industrie.

## Übersicht 4:

**Entwicklung der selbständig Erwerbstätigen  
und abhängig Beschäftigten  
in der  
Gesundheitswirtschaft  
der Bundesrepublik Deutschland**

Erwerbstätige */Beschäftigte	Entwicklung der selbständig und mithelfenden Erwerbs- tätigen in der Gesundheitswirtschaft 1988/80	Entwicklung der abhängig Be- schäftigten ** in der Gesundheitswirtschaft 1988/80
Berufe/Bereiche	In Prozent	
Krankenschwestern und Krankenpfleger <sup>1</sup>	Keine Angabe	+ 29 <sup>2</sup>
Sprechstundenhelferinnen und -helfer	-	+ 35
Ärzte	+ 16	+ 42
Altenpfleger, Haus- und Familienpfleger <sup>3</sup>	-	+ 64
Krankenversicherungspersonal und Krankenversicherungsfachleute <sup>4</sup>	-	+ 12
Herstellung von pharmzeut. Erzeugnissen <sup>5</sup>	-	+ 7
Masseur, Krankengymnasten u. verw. Berufe	+ 30 <sup>6</sup>	+ 57
Medizinallaboranten	-	+ 21
Zahntechniker	+ 42	+ 8
Herst. v. med. u. orthopädiem. Erzeugnis <sup>5</sup>	-	+ 5
Zahnärzte	+ 19	+ 26
Apothekenhelferinnen	-	+ 5 <sup>7</sup>
Großhandel m. pharmazeut. Erzeugnissen sowie Dental- und Laborbedarf <sup>14</sup>	- 22	- 5
Apotheker	+ 12	+ 26 <sup>8</sup>
Augenoptiker	+ 30 <sup>9</sup>	+ 47
Herst. elektromed. u. strahlentherap. Geräte <sup>11</sup>	-	+ 16
Verarbeitendes Gewerbe der Augenoptik <sup>5, 10</sup>	-	+ 1
Heilpraktiker	+ 16	+ 44
Orthopädieschumacher u. Orthopädiemechaniker <sup>11</sup>	+ 2 <sup>12</sup>	- <sup>13</sup>
Einzelhanden m. med. u. orthop. Artikeln <sup>14</sup>	- 33	+ 4
Hörgeräteakustiker	+ 30 <sup>15</sup>	- <sup>16</sup>

#### Zu Übersicht 4:

\*) Bei einer Reihe von Berufen bzw. Bereichen wurden die selbständig und mithelfend Erwerbstätigen dadurch ermittelt, daß von allen Erwerbstätigen sämtliche abhängig bzw. sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten abgezogen wurden. Umgekehrt wurde die Gesamtzahl der Erwerbstätigen in einzelnen Fällen auch durch Zusammenzählen von selbständig Erwerbstätigen mit sämtlichen abhängig bzw. sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten gewonnen. Hierbei kann es dann jeweils zu Untererfassungen kommen. Eine Umrechnung von Teilzeitkräften in Vollzeitkräfte erfolgte in der Regel nicht.

\*\*) Hier werden meist nur die sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten und nur selten sämtliche abhängig Beschäftigten aufgeführt.

1) In dieser Gruppe sind die Krankenschwestern, Krankenpfleger und Hebammen, die Helfer in der Krankenpflege sowie die Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten zusammengefaßt.

2) Bei der Untergruppe der Diätassistenten und der pharmazeutisch-technischen Assistenten zeigt die Beschäftigtenstatistik für das Jahr 1980 eine fehlerhafte Untererfassung. Diese wurde durch Angaben des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie zum Fachpersonal in den Apotheken korrigiert.

3) Personalbestand in den ambulanten sozialpflegerischen Diensten sowie in den stationären Altenpflegeeinrichtungen. In Vollzeitkräfte umgerechnet.

4) In dieser Gruppe sind die Krankenversicherungsfachleute außerhalb der Sozialversicherung und das Personal der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Eigenbetriebe zusammengefaßt.

5) Hier wurden alle Erwerbstätigen dieser Branche des Verarbeitenden Gewerbes als abhängig bzw. sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigte betrachtet.

6) Die Zahl der medizinischen Badebetriebe wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt. Der genannte Wert gilt für die Jahre 1980 bis 1985.

7) Unschärfen ergeben sich aus dem Zuwachs der Untergruppe Apothekenlaboranten.

8) Die Zahl der öffentlichen Vollapotheken wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt. Unschärfen ergeben sich aus der Zuordnung der Apothekerassistentinnen und Apothekerassistenten.

9) Die Zahl der Augenoptiker-Betriebe wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt.

10) Ohne Augenoptikerhandwerk. Die genannten Werte gelten für die Jahre 1986 bis 1988.

11) Die genannten Werte gelten für die Jahre 1980 bis 1984

12) Die Zahl der Orthopädienschuhmacher- und Orthopädietechniker-Betriebe wurde der Zahl der dort selbständig Erwerbstätigen gleichgesetzt. Der genannte Wert gilt für die Jahre 1980 bis 1984.

13) Die Untergruppe der Orthopädienschuhmacher wird in der dreistelligen Beschäftigtenstatistik unter der Gruppe der Schuhmacher, die Untergruppe der Bandagisten unter der Gruppe der Groblederwarenhersteller und die Untergruppe der Orthopädiemechaniker und Chirurgenmechaniker wird unter der Gruppe der Feinmechaniker geführt.

14) Diese Werte gelten für die Jahre 1980 bis 1983.

15) Die Zahl der Hörgeräteakustiker-Betriebe wurde der Zahl der dort selbständigen Erwerbstätigen gleichgesetzt. Der genannte Wert gilt für die Jahre 1978 bis 1983.

16) Die Untergruppe der Hörgeräteakustiker wird in der dreistelligen Beschäftigtenstatistik unter der Gruppe der Funk- und Tongerätetechnik geführt. Sie ist hier nicht ausgewiesen.

Quellen: Eigene Berechnungen, Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Berufsordnungen am 30.06.1980, Nürnberg o.J.; dies. (Hrsg.): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Berufsordnungen am 30.06.1988, Nürnberg o.J.; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1988, Bonn o.J.; Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1989, Stuttgart 1989, S. 237; dass. (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1983, Stuttgart 1983, S. 212; Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.): Basisdaten des Gesundheitswesens 1983/84, Frankfurt am Main 1983; ders. (Hrsg.) Basisdatei des Gesundheitswesens 1988/89, Frankfurt am Main 1989; Helmstädter, Ernst: Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung. Hrsg.: Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln 1990; Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: Teilarbeitsmarkt Kranken- und Altenpflege, Arbeitspapier, Nürnberg, November 1990; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1988 - Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1988, S. 127; ders. (Hrsg.): Jahresgutachten 1989 - Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, S. 77; Watzlawczik, Gerd-Uwe: Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft. Datensammlung des Sonderforschungsbereiches 333 der Universität München, München März 1990; Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Die Entwicklung auf dem Markt für Heil- und Hilfsmittel und deren Einflußfaktoren, Bonn 1981; dass.: Personalentwicklung im Gesundheitswesen 1976 bis 1980, Bonn

1983; Zentralverband des Deutschen Handwerks, Handwerksstatistiken sowie Zentralverband der Elektrotechnischen Industrie.

## 7. Krankenkassengliederung als Hindernis und als Auslöser für die Kostendämpfung in der Gesundheitswirtschaft

Die vorwiegend regional-gebietsbezogen organisierten Reichsversicherungskassen, also insbesondere die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, versichern 92 Prozent aller bei Reichsversicherungs- oder Ersatzkassen versicherten oder mitversicherten Arbeiter und gewerblichen Auszubildenden. Umgekehrt versichern die zentral-bundesweit organisierten Ersatzkassen 65 Prozent aller bei Reichsversicherungskassen oder Ersatzkassen versicherten oder mitversicherten Angestellten und kaufmännischen Auszubildenden <sup>55</sup>.

Die Gründe für diese vorrangige Versicherung von Arbeitern durch die regionalen Reichsversicherungskassen und für diese vorrangige Versicherung von Angestellten durch die zentralen Ersatzkassen liegen sowohl in der unterschiedlichen krankensicherungsrechtlichen Stellung von Arbeitern und Angestellten gegenüber den verschiedenen Kassenarten, <sup>56</sup> wie auch in den unterschiedlichen Vorlieben von Arbeitern und Angestellten für die verschiedenen Kassenarten. <sup>57</sup>

Diese rechtliche und tatsächliche Präferenz sozialversicherungspflichtiger Angestellten für eine Versicherung bei den Ersatzkassen einerseits und der Verdrängungswettbewerb dieser zentral-bundesweiten Ersatzkassen gegenüber den regional-gebietszuständigen Reichsversicherungskassen <sup>58</sup> andererseits haben erhebliche Bedeutung für die Kostendämpfung in der Gesundheitswirtschaft. So wird die mit dem Zuwachs an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft verbundene Verbesserung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und damit Stabilisierung der Krankenkassenbeitragssätze dadurch entwertet und in ihr Gegenteil verkehrt, daß der Zuwachs an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft einseitig vor allem den Ersatzkassen zugute kommt, da die

<sup>55</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt: Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung 1989, Reihe 1, Fachserie 13 - Sozialleistungen. Stuttgart 1990, S. 41 ff.

<sup>56</sup> Vgl. Loytved, Helge: Rechtliche Schranken der Konkurrenz um Kassenmitglieder. In: Die Ortskrankenkasse, Bonn, (1980), H. 19, S. 741 ff.

<sup>57</sup> Vgl. Alber/Ryll: Die Krankenversicherung im Bewußtsein der Bevölkerung. In: Sozialer Fortschritt, Berlin (1990), H. 7, S. 171.

Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft vorrangig als Angestellte tätig sind und damit bevorzugt Mitglieder von Ersatzkassen sind oder werden. Anstelle einer allgemeinen und gleichmäßigen Mitgliederzunahme, Einnahmenverbesserung und Beitragssatzstabilisierung bei allen Kassenarten infolge des Zuwachses an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft verbessert diese Entwicklung einseitig die Wettbewerbsposition der Ersatzkassen und verschlechtert einseitig die Wettbewerbsposition vor allem der Ortskrankenkassen.

Tatsächlich ist es so, daß gerade in den Berufen und Bereichen mit hohem Anteil an den Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft und mit hohem Zuwachs an abhängig Beschäftigten diese Zuwächse überproportional oder zumindest proportional in Form von Angestelltenarbeitsplätzen erfolgt sind. Dies gilt vor allem für Krankenschwestern und Krankenpfleger, Sprechstundenkräfte, Alten-, Haus- und Familienpfleger sowie für das Krankenversicherungspersonal und die Krankenversicherungsfachleute.

Übersicht 5: Zuwachs der Angestellten in der Gesundheitswirtschaft der Bundesrepublik Deutschland

Die gegenwärtige Aufgliederung der gesetzlichen Krankenversicherung in expansive Zentralkassen und stagnative bzw. rezessive Regionalkassen stellt aber nicht nur ein Hindernis für das gleichmäßige Wirksamwerden positiver Kostendämpfungseffekte dar. Vielmehr geht von dieser Aufgliederung zusätzlich auch noch anhaltender Druck in Richtung einer Kostendämpfung durch Personalabbau gerade bei den Pflegeberufen aus. Die Negativfolgen einer solchen Kostendämpfungsstrategie wurden bereits skizziert. Die Ursache für das Interesse der regionalgebietszuständigen Reichsversicherungskassen an einer Kostendämpfung durch Personalabbau oder durch Abflachung des Personalzuwachses ist in einer mehrfachen Verschlechterung der Wettbewerbsstellung dieser Krankenkassenart gegenüber den zentral-bundesweiten Ersatzkassen zu sehen. So kommt nicht nur der Beschäftigungszuwachs in der Gesundheitswirtschaft in Form von Beitragseinnahmen vor allem den Ersatzkassen zugute. Vielmehr konzentriert sich auch die reale Arbeitsleistung der anteils- und zuwachsstarken Gruppen der Krankenschwestern, Krankenpfleger, Alten-, Haus- und Familienpfleger in der Krankenhausbehandlung und Pflegeversorgung vor allem bei den Reichsversicherungskassen mit ihrem hohen Anteil älterer

---

<sup>58</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Zentralisierung oder Regionalisierung in der Krankenversicherung als Probleme

Versicherter.<sup>59</sup> Die Personalkosten für die Mehrbeschäftigten fallen also bei den Reichsversicherungskassen an, während die Krankenversicherungsbeiträge dieses Personenkreises in erster Linie den Ersatzkassen zugute kommen. Bei dieser Sachlage verwundert es nicht, daß die Reichsversicherungskassen alle Hebel in Bewegung setzen, um durch Personalabbau bzw. Abflachung des Personalzuwachses in der Krankenhausbehandlung und in der Pflegeversorgung wenigstens ausgabenseitig ihre Marktlage zu verbessern.

Die beschriebene Schere zwischen dem Zustrom von Beitragseinnahmen durch die wachsende gesundheitswirtschaftliche Beschäftigung in die Ersatzkassen und dem Abfließen von Leistungsausgaben für Krankenhauspflege und Pflegeversorgung vor allem aus den Ortskrankenkassen betrifft gerade auch die ländlichen Regionen und damit die dort noch besonders anteilstarken Ortskrankenkassen.<sup>60</sup> Dies ergibt sich daraus, daß der Anteil der Gesundheitsbeschäftigten an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den ländlichen Umlandkreisen und in den ländlichen Kreisen gegenüber anderen Kreistypen am höchsten ist und am stärksten zugenommen hat.

Übersicht 6: Anteil und Zunahme der Beschäftigten im Gesundheitswesen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Siedlungstypen

Demnach hat das starke Anwachsen der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in den ländlichen Kreisen gerade in solchen Gebieten zu einer Schwächung der Ortskrankenkassen geführt, die für die Stellung der Ortskrankenkassen von besonderer Wichtigkeit sind.

Insgesamt ist die gegenwärtige Aufgliederung der gesetzlichen Krankenversicherung in expansive Zentralkassen und in stagnative bzw. rezessive Regionalkassen ein wesentliches Hindernis dafür, daß der Beschäftigungszuwachs in der Gesundheitswirtschaft auch bei den regionalgebietszuständigen Reichsversicherungskassen zu positiven Kostendämpfungsbeiträgen führt. Gerade auch in den ländlichen Räumen schlägt sich die wachsende Gesundheitsbeschäftigung wegen der bestehenden Gliederung der Krankenversicherung in einer unmittelbaren Verschlechterung der Wettbewerbsstellung der Ortskrankenkassen nieder. Wegen der gleichzeitig

---

der Sozialordnungspolitik und der Raumordnungspolitik. In: Der Landkreis, Köln (1988), H. 3, S. 111 ff.

<sup>59</sup> Vgl. Goeschel/Gassner: Krankenkassenstruktur in der Region: Entscheidender Faktor für die Krankenhauswirtschaft. In: Der Landkreis, Köln (1991), H. 4, S. 172 ff.

<sup>60</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Krankenkassenstrukturplanung als Instrument der Regionalförderung. In: Der Landkreis, Köln (1990), H. 6, S. 270 ff.

durch die bestehende Kassengliederung bewirkten einseitigen Konzentration der Leistungsausgaben für die Mehrbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft bei den Reichsversicherungskassen wirkt die Kassengliederung zudem als wesentlichen Auslöser einer auf den Personalabbau bzw. die Abflachung des Personalzuwachses in der Gesundheitswirtschaft gerichteten Kostendämpfung mit den beschriebenen Negativeffekten.

In dem hier thematisierten Teilbereich stellt die Kostendämpfung also den Versuch dar, die Probleme, die sich durch die weiterbestehende Kassengliederung ergeben, durch Abbau bzw. Abflachung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft zu lösen. Dieser Lösungsversuch geht jedoch nicht nur an den Problemursachen vorbei, sondern er verschärft diese, solange die gegenwärtige Kassengliederung unverändert weiterbesteht.

## Übersicht 5:

**Zuwachs der Angestellten  
in der  
Gesundheitswirtschaft  
der Bundesrepublik Deutschland**

Abhängig Beschäftigte/Angestellte	Zuwachs aller abhängig Beschäftigten ** in der Gesundheitswirtschaft 1988/80	Zuwachs der Angestellten in der Gesundheitswirtschaft 1988/80
Berufe/Bereiche	In Prozent	
Krankenschwestern und Krankenpfleger <sup>1</sup>	+ 29	+ 32
Sprechstundenhelferinnen und -helfer	+ 35	+ 35
Ärzte	+ 64	+ 78
Altenpfleger, Haus- und Familienpfleger <sup>3</sup>	+ 42	+ 34
Krankenversicherungspersonal und Krankenversicherungsfachleute <sup>4</sup>	+12	+ 13
Herstellung von pharmzeut. Erzeugnissen <sup>5</sup>	+ 7	Keine Angabe
Masseure, Krankengymnasten u.verw.Berufe	+ 57	+ 61
Medizinallaboranten	+ 21	+ 21
Zahntechniker	+ 8	+150
Herst. v.med. u.orthopädiemech.Erzeugnis <sup>5</sup>	+ 5	Keine Angabe
Zahnärzte	+ 26	+ 16
Apothekenhelferinnen	+ 5	+ 5
Großhandel m. pharmazeut. Erzeugnissen sowie Dental- und Laborbedarf <sup>14</sup>	- 5	Keine Angabe
Apotheker	+ 26	+ 6
Augenoptiker	+ 47	- 44
Herst. elektromed.u.strahlentherap. Geräte <sup>11</sup>	+ 16	Keine Angabe
Verarbeitendes Gewerbe der Augenoptik <sup>5, 10</sup>	+ 1	Keine Angabe
Heilpraktiker	+ 44	+ 53
Orthopädieschumacher u. Orthopädiemechaniker <sup>11</sup>	± 0	Keine Angabe
Einzelhanden m.med. u.orthop.Artikeln <sup>14</sup>	- 4	Keine Angabe
Hörgeräteakkustiker	± 0	Keine Angabe

### Zu Übersicht 5:

\*) Nach dem Anteil der Berufe und Bereiche an allen Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft in absteigender Rangfolge sortiert.

\*\*) Hier werden meist nur die sozialversicherungspflichtig abhängig Beschäftigten und nur selten sämtliche abhängig Beschäftigten aufgeführt.

Quelle: Eigene Berechnungen. Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Berufsordnungen am 30.06.1980, Nürnberg o.J.; dies. (Hrsg.): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Berufsordnungen am 30.06.1988, Nürnberg o.J.; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1988, Bonn o.J.; Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1989, Stuttgart 1989, S. 237 sowie dass. (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1983, Stuttgart 1983, S. 212; Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.): Basisdaten des Gesundheitswesens 1983/84, Frankfurt am Main 1989 sowie Zentralverband der Elektromechanischen Industrie.

Übersicht 6:

**Anteil und Zunahme  
der Beschäftigten im Gesundheitswesen  
an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten  
in den Siedlungstypen**

Anteil/Zunahme Siedlungsstrukturelle Kreistypen	Beschäftigte im Gesundheitswesen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten	
	Anteil 1989	Anteilszunahme 1989 gegenüber 1982
	In Prozent	
Kernstädte in Regionen mit großen Verdichtungsräumen	6,0	+ 15,3
Kernstädte in Regionen mit Verdichtungsansätzen	6,4	+ 23,6
Hochverdichtete Umlandkreise der Kernstädte	5,6	+ 20,0
Ländliche Umlandkreise der Kernstädte	7,1	+ 23,9
Ländliche Kreise	6,5	+ 27,9

\*) Gerundeter Durchschnitt der Einzelwerte der jeweiligen Stadt- und Landkreise.

Quelle: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung: Kreisauswertungen zum Anteil und zur Zunahme der Beschäftigten im Gesundheitswesen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 1982 - 1989. Bonn, 14.2.1991.

## 8. Kostendämpfungspolitik als Ursache für Kostensteigerungen durch Fehlentwicklungen in der Gesundheitswirtschaft

Der überproportionale Zuwachs der Kassenärzte und Krankenhausärzte im Vergleich zum nichtärztlichen Pflegepersonal<sup>44</sup> ist, wie schon gezeigt wurde, durch die Kostendämpfungspolitik nicht nur nicht verhindert, sondern eher noch verstärkt und begünstigt worden.<sup>61</sup> Diese asymmetrische Beschäftigungsentwicklung sowie die Konservierung der problematischen Krankenkassengliederung sind jedoch nicht die einzigen Negativeffekte. Zusätzlich sind mit der für die Kostendämpfungspolitik typischen asymmetrischen Entwicklung der Arztzahlen einerseits und der Pflegekräftezahlen andererseits mittel- und längerfristig weitere Strukturverschlechterungen in dieser Beschäftigtengruppe und damit verbunden auch weitere Kostensteigerungen in der Gesundheitsversorgung verbunden. Dies wird deutlich, wenn man die aus dem Ärztezuwachs resultierende zusätzliche Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in die Analyse mit einbezieht.

So besteht im System der gesetzlichen Krankenversicherung und der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik Deutschland eine wesentliche Eigenschaft der zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen selbständig-freiberuflichen Kassenärzte darin, neben ihren eigenen Gesundheitsleistungen auch die Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgüter der übrigen Berufe, Einrichtungen und Zweige der Gesundheitswirtschaft zu verordnen. Gemäß diesen Regelungen kann von sozialrechtlich befestigten Beziehungen zwischen der Anzahl der zur Kassenarztversorgung zugelassenen niedergelassenen Ärzte und der Anzahl spezifischer Hilfskräfte, vor allem aber auch der Anzahl anderer Berufe des Gesundheitswesens ausgegangen werden.

Die für das nächste Jahrzehnt vorausgesagte starke Zunahme der Zahl der zur Kassenarztversorgung zugelassenen Ärzte wird demnach eine Vermehrung der Hilfsberufe dieser Ärzte, aber auch anderer Berufe des Gesundheitswesens mit sich bringen und damit die schon bisher asymmetrische Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft in eine noch stärkere Schiefelage bringen. Insgesamt kann von einer arztzahlbedingten überproportionalen Zunahme bei Sprechstundenkräften, Masseuren und Krankengymnasten, Apothekern und Apothekenhelfern ausgegangen werden.

---

<sup>61</sup> Vgl. Abschnitte 5 und 7 dieser Arbeit.

Übersicht 7: Mögliche Auswirkungen des Ärztwachstums auf Erwerbstätigkeit und Beschäftigung in ausgewählten Berufen und Bereichen des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland

Die genannten Beschäftigtengruppen, für die ein arztzahlbedingter Zuwachs zu erwarten ist, sind nicht nur produktionsökonomisch, d.h. arbeitsteilig an die Arztlzahlentwicklung angekop-pelt, sie sind dies vielmehr auch finanzierungspolitisch. Deshalb besteht die ernstzunehmende Gefahr, daß sich infolge der starken Stellung der Ärzteschaft innerhalb des Gesamtgefüges der Gesundheitspolitik die Finanzierungsinteressen sowohl der Ärzteschaft wie auch der angekop-pelten Bereiche leichter durchsetzen als etwa die Finanzierungsinteressen der Alten-, Haus- und Familienpfleger. Dies würde bei den eher noch engeren finanziellen Spielräumen der nächs-ten Jahre zu einer weiteren Benachteiligung der Beschäftigung in Bereich der Pflegeversorgung führen und eine Korrektur der kostspieligen Mitversorgung von Pflegefällen im Krankenhaus-bereich erschweren. Wie groß eine solche Gefährdung der Sicherstellung der Pflegeversorgung ist, zeigt sich bei einem Zahlenvergleich zwischen dem zu erwartenden arztzahlabhängigen Beschäftigungszuwachs in der Gesundheitswirtschaft und dem schon jetzt bestehenden Be-schäftigungsrückstand im Bereich der Altenpflege. Das Beschäftigungsvolumen im arztzahlab-hängigen Bereich liegt danach schon jetzt und in Zukunft verstärkt deutlich über dem im Al-tenpflegebereich.

Dabei wird sich die drohende Zunahme des Beschäftigungsrückstands im Bereich der Pflege-versorgung nicht gleichmäßig über alle Teilräume des Bundesgebietes erstrecken, sondern in einigen Gebietstypen, insbesondere in den Umlandkreisen und in den ländlichen Kreisen, noch weiter verstärken.

Übersicht 8: Rückstand der Beschäftigung von Altenpflegern gegenüber dem Bedarf an Altenpflegern in der Bundesrepublik Deutschland

Übersicht 9: Rückstand der Beschäftigung in der ambulanten Pflegehilfe gegenüber dem Bedarf an ambulanten Altenpfleger in den Siedlungstypen

Ohne Zweifel trägt die fehlerkonzipierte bisherige Kostendämpfungspolitik durch ihre asymmetrische Beschäftigungswirkungen selbst dazu bei, dass ihr Ziel einer Beitragssatzstabilisierung höchstens kassenstatistisch, d.h. durch wachsende Ausgliederung von Leistungen erreicht werden kann.

## Übersicht 7:

**Mögliche Auswirkungen des Ärztwachstums  
auf Erwerbstätigkeit und Beschäftigung in  
ausgewählten Berufen und Bereichen des Gesundheitswesens  
in der  
Bundesrepublik Deutschland**

Erwerbstätigkeit/ Beschäftigung	Bestand an Erwerbstätigen/ Beschäftigten bei gegebener Zahl der niederge- lassenen Ärzte <sup>1</sup>	Verhältniszahl der niederge- lassenen Ärzte zu Erwerbstätigen/ Beschäftigten	Zunahme des Bestandes an Erwerbstätigen/ Beschäftigten bei gleichbleibender Verhältniszahl und gestiegener Zahl niedergelassener Ärzte 2000 <sup>2</sup>
Berufe/Bereiche	1988	1988	
Sprechstundenhelferinnen und Sprechstundenhelfer	311.515	1 : 4,5	+ 142.800
Masseure, Krankengym- nasten u. verwandte Berufe	79.733 <sup>3</sup>	1 : 1,2	+ 38.100
Apotheker <sup>4</sup>	39.061	1 : 0,6	+ 21.000
Apothekenhelferinnen	37.545	1 : 0,5	+ 12.500

\*) Ohne neue Bundesländer

1) Für das Jahr 1988 sind 68.495 zur kassenärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte festgestellt.

2) Für das Jahr 2000 sind 100.228 zur kassenärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte prognostiziert, d.h. 31.733 Ärzte mehr als im Jahre 1988.

3) Davon sind 21.967 Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe selbständig erwerbstätig. Die genannte Zahl gilt für das Jahr 1985.

4) Nur in Apotheken und ohne Apothekerassistenten.

Quelle: Eigene Berechnungen, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.): Basisdaten des Gesundheitswesens 1988/89, Frankfurt am Main 1989, S. 58; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1988 - Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1988, S. 38 sowie ders. (Hrsg.): Jahresgutachten 1989 - Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, S. 244.

Übersicht 8:

**Rückstand der Beschäftigung von Altenpflegern  
gegenüber dem Bedarf an Altenpflegern  
in der  
Bundesrepublik Deutschland**

Jahre	1979	1987
	Vollzeitkräfte	
Bestand/Bedarf		
Beschäftigten-Bestand <sup>1</sup>	123.700	157.00
Beschäftigten-Bedarf <sup>1</sup>	186.700 <sup>2</sup>	278.000 <sup>3</sup>
Beschäftigten-Rückstand	- 63.000	- 121.000

1) In ambulanten Pflegediensten für Betagte und in stationären Pflegeeinrichtungen für Betagte zusammen.

2) Dieser Beschäftigungsbedarf ergibt sich durch Anlegen von Versorgungsrichtwerten, die den Bandbreiten dieser Richtwerte in der Bundesrepublik Deutschland entsprechen, auf die Versorgungsbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland.

3) Dieser Beschäftigungsbedarf ergibt sich durch Anlegen der Versorgungsrichtwerte der Schweiz auf die Versorgungsbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland.

Quelle: Eigene Berechnen. Prognos AG: Soziale Dienstleistungen als Träger potentiellen Wachstums und ihr Beitrag zum Abbau der längerfristigen Arbeitslosigkeit. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981, S. 241 ff. sowie Rückert, W.: Die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf Pflege-, Hilfs- und Versorgungsbedürftigkeit. In: Ferber v. et al. (Hrsg.): Die demographische Herausforderung, Gerlingen 1989, S. 139, zitiert nach: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.). Jahresgutachten 1990 - Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, s. 84.

Übersicht 9:

**Rückstand der Beschäftigung in der ambulanten Pflegehilfe  
gegenüber dem Bedarf an ambulanten Altenpflegern  
in den Siedlungstypen \***

Fehlbestand	Fehlbestand an Vollzeitkräften der ambulanten Altenpflege im Jahre 1986 gegenüber dem für das Jahr 1990 errechneten Bedarf <sup>2</sup>
Siedlungsstrukturelle Kreistypen <sup>1</sup>	In Prozent
Verdichtungsräume	- 3,3
Kreise mit Verdichtungsansätzen	- 9,6
Umlandkreise	- 15,3
Ländliche Kreise	- 23,0

\*) Ohne neue Bundesländer

1) Stadtkreise und Landkreise nach ihrer Zugehörigkeit zu Strukturräumen in Hesse.

2) Berechnet mit Hilfe von Richtwerten für die Stadtkreise und Landkreise in Hessen.

Quelle: Deppe/Priester: Perspektiven ambulanter Pflege in Hessen: Möglichkeiten bedarfsorientierter Planung. Arbeitspapier. Abteilung für Medizinische Soziologie des Klinikums der Universität Frankfurt am Main, November 1989, S. 44 und dies.: Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit in Hessen bis zum Jahre 2009. Arbeitspapier. Abteilung für Medizinische Soziologie des Klinikums der Universität Frankfurt am Main, Mai 1989.

## 9. Zusammenfassung

Zentraler Leitgedanke der seit den siebziger Jahren praktizierten Kostendämpfungspolitik ist die Förderung der Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft durch eine Stabilisierung der Krankenkassenbeitragssätze, d.h, durch eine Stabilisierung der Lohnnebenkosten. Ein Abbau von personellen Überkapazitäten oder zumindest eine Abflachung der personellen Zuwächse in der Gesundheitswirtschaft sollen die dazu geeigneten Mittel sein.

Dieses Konzept findet in der dienstleistungsökonomischen Literatur keine Begründung. Vielmehr zeigen internationale Vergleichsstudien, dass die für die bisherige Bundesrepublik Deutschland geltende Dienstleistungslücke wesentlich auch auf ein ungenügendes Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft zurückzuführen ist. Dies gilt vor allem für die Ballungsraumregionen im Nordteil der bisherigen Bundesrepublik Deutschland.

Zu wenig wurde bisher berücksichtigt, daß die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft schon bisher der gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Beitragseinnahmen zugeführt hat. Von allen Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft haben wegen ihres hohen Anteils und wegen ihres deutlichen Zuwachses vor allem Krankenschwestern und Krankenpfleger, Sprechstundenkräfte, Alten-, Haus- und Familienpflegekräfte in den achtziger Jahren spürbar zum Beitragsaufkommen der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Beitragssatzstabilität beigetragen.

Allerdings bewirkt die gegenwärtige Aufgliederung der gesetzlichen Krankenversicherung in regional-gebietszuständige Reichsversicherungskassen und in zentral-bundesweite Ersatzkassen in Verbindung mit dem Überwiegen von Angestelltenarbeitsplätzen in der Gesundheitswirtschaft, daß die positiven Beitragseinnahmefekte der wachsenden Gesundheitsbeschäftigung nur den Ersatzkassen zugute kommen. Die Wettbewerbssituation der Ortskrankenkassen, gerade auch der Ortskrankenkassen in den ländlichen Kreisen und in den Umlandkreisen, verschlechtert sich zusätzlich durch die Häufung der mit der Gesundheitsbeschäftigung steigenden Leistungsausgaben bei den Regionalkassen.

Nachdem die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte schon in den zurückliegenden Jahren stärker als etwa die der Krankenschwestern und Krankenpfleger zugenommen hat und ein weiteres starkes Anwachsen der erstgenannten Gruppe absehbar ist, muß mit einem weiteren Anwachsen der mit den Arztpraxen unmittelbar und mittelbar zusammenhängenden Gesundheitsberufe gerechnet werden. Hierdurch wird sich der Spielraum für die eigentlich erforderliche Zunahme der Alten-, Haus- und Familienpflegekräfte, die vor allem in den ländlichen Kreisen und in den Umlandkreisen hohe Defizite zeigen, weiter verengen.

Die bisher praktizierte Kostendämpfungspolitik hat vor allem wegen der gegenwärtigen Kas-sengliederung anstelle einer beitragsstabilisierenden gezielten Ausweitung der sozialversicherungspflichtigen Gesundheitsbeschäftigung vor allem auf einen Abbau oder zumindest eine Abflachung der Gesundheitsbeschäftigung abgezielt. Damit hat sie zumindest nicht verhindert, daß die für die Beitragssatzstabilität positiv zu bewertenden nichtärztlichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitswesen nur wenig zugenommen haben, während die für die Beitragssatzstabilität eher negativ zu bewertenden Ärztinnen und Ärzte sehr viel stärker zugenommen haben.

Ob und inwieweit diese asymmetrische Entwicklung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft durch die vorwiegend auf Leistungseinschränkungen ausgerichteten Regelungen der Kostendämpfungsgesetze jeweils nicht verhindert, sondern direkt bewirkt oder zumindest begünstigt wurde, bedarf verfeinerter Untersuchungen. Ihr eigentliches Ziel, eine Förderung der Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft durch Abbau oder Abflachung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft unter Verzicht auf und als Ersatz für die erforderliche Neuordnung der Krankenkassenstruktur, hat die Kostendämpfungspolitik in jedem Falle gründlich verfehlt. Gleichzeitig blockiert sie die erforderliche Verbesserung der stationären und ambulanten Pflegeversorgung.